



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

A COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE CRÍTICO E SUA FAMÍLIA

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por
Raquel Marlene Vieira Ramos

Porto – julho de 2018



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

A COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE CRÍTICO E SUA FAMÍLIA
COMMUNICATION WITH THE CRITICAL PATIENT AND HIS FAMILY

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por
Raquel Marlene Vieira Ramos

Sob a orientação de Professora Doutora Patrícia Coelho

Porto – julho de 2018

RESUMO

O Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, do Porto, tem como principal objetivo a aquisição de competências no âmbito da prestação de cuidados avançada ao paciente crítico. Desenvolvi o presente relatório com base no método descritivo e reflexivo, expondo e refletindo sobre as atividades desenvolvidas, decisões tomadas, e as competências que adquiri. Tal como preconiza o plano de estudos, desenvolvi três módulos de estágio, pela seguinte ordem cronológica: o módulo III, realizei numa unidade polivalente de cuidados intermédios de um hospital central do norte do país, o módulo II, numa unidade de cuidados intensivos polivalente da mesma instituição, e o módulo I, num serviço de urgência médico-cirúrgica, noutro hospital central do norte do país. Tanto o estágio de cuidados intensivos como o de serviço de urgência visam dar resposta a uma exigência curricular na área da EEMC. Escolhi realizá-los em hospitais centrais devido a uma elevada afluência de pacientes, com variados diagnósticos de saúde, existindo um leque diverso de aprendizagens a desenvolver, contribuindo para a aquisição de competências pessoais/ profissionais neste âmbito. Quanto ao estágio em cuidados intermédios, este constituiu a escolha como estágio opcional, visto que onde desenvolvo a minha atividade laboral, encontra-se em reestruturação uma unidade de cuidados intermédios, pelo que tive oportunidade de desenvolver conhecimentos direcionados para a prestação de cuidados a pacientes que necessitam de uma vigilância/monitorização contínua, assegurando uma intervenção precisa e eficiente em tempo útil.

A Comunicação com o Paciente Crítico e Família é uma temática central e transversal aos três estágios, que me desperta bastante interesse, constituindo um foco de atuação de minha parte. No entanto, dei mais ênfase às vivências da família do paciente crítico, decorrente da minha análise crítica e experiências vivenciadas em estágio, pelas necessidades que detetei junto das famílias através do estabelecimento da comunicação. Esta temática foi alvo de revisão da literatura, sendo crucial para a EEMC aprofundar e recolher contributos nesta área, resultando num melhor desempenho profissional como futura enfermeira especialista.

Considero que este Curso contribuiu significativamente para a construção e aprofundamento dos meus conhecimentos teóricos e práticos, que fomentam as competências profissionais para uma prática avançada de cuidados de excelência.

Palavras-Chave: “Estágio”; “Especialização”; “Enfermagem Médico-Cirúrgica”.

ABSTRACT

The Master Course in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing of Instituto de Ciências da Saúde, of Universidade Católica Portuguesa, Porto, has as main objective the acquisition of skills in the context of advanced care for critical patients.

This report was developed based on the descriptive and reflexive method, exposing and reflecting about the developed activities, decisions taken, and acquired skills.

As stated in the syllabus, three internship modules were developed by the following chronological order: module III, in a general intermediate care unit of a central hospital in the north of the country, module II, in a general intensive care unit of the same institution, and module I, developed in a emergency medical and surgical service, in another central hospital in the north of the country.

Both internships, in intensive care and in emergency service, aim to respond to a curricular requirement in the area of Specialization in Nursing. I decided to do them in central hospitals due to a high number of patients, with different health diagnostics, which gives a lot of opportunities to learn, contributing therefore to the development of personal/professional skills in this context. As for the internship in the intermediate care unit, that was my choice as an optional internship, due to the intermediate care unit that is being restructured in my hospital, that gave me the opportunity to develop the knowledge on providing care to patients who needs continuous surveillance/monitoring, ensuring timely and accurate intervention.

Communication with the Critical Patient and his Family is a central and transversal theme to the three internships that have a particular interest to me, constituting a focus of action on my part. However, I have put more emphasis on the experiences of the critical patient's family, due to my critical analysis and practical experiences on the internships, by the needs that I detected with the families through the establishment of communication.

Thus, I have made a literature review about this theme, being crucial for the Specialization in Medical-Surgical Nursing to deepen and collect contributions in this area, resulting in a better professional performance as a future nurse specialist.

I believe that this Course has contributed significantly to the construction and deepening of my theoretical and practical knowledge, which promotes professional skills for an advanced practice of excellence care.

Keywords: "Internship"; "Specialization"; "Medical-Surgical Nursing".

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Patrícia Coelho, por todo o conhecimento que partilhou comigo, pelo seu profissionalismo, dedicação, disponibilidade, pelas palavras de apoio e incentivo que me prestou ao longo desta caminhada.

Aos meus pais, que sempre estiveram presentes, me ajudaram e apoiaram ao longo de todo este percurso.

Ao Hugo, pela compreensão, paciência, espírito de enteadado, que sempre me acompanhou neste caminho.

A todos os que contribuíram de alguma forma para a concretização deste meu objetivo...

A todos, o meu sincero **Obrigada!**

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CDE: Código Deontológico do Enfermeiro
ECMO: Oxigenação por Membrana Extra Corporal
EEMC: Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Enf.^a: Enfermeira
Enf.º: Enfermeiro
EPI: Equipamento de proteção individual
OE: Ordem dos Enfermeiros
SABA: solução de base alcoólica
SNS: Serviço Nacional de Saúde
SU: Serviço de Urgência
UCIPG: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral
UCP: Universidade Católica Portuguesa
UPCIG: Unidade Polivalente de Cuidados Intermédios Gerais

ÍNDICE GERAL

1.INTRODUÇÃO	13
2.ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO PERCURSO DESENVOLVIDO EM CONTEXTO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.....	17
2.1.DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	18
2.2.DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	29
2.3.DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS.....	47
2.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DE APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS.....	53
3.CONCLUSÃO	59
4.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
5.APÊNDICES	69

APÊNDICE 1

MANUAL DE INTEGRAÇÃO DA UNIDADE POLIVALENTE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS GERAIS	71
---	----

APÊNDICE 2

ARTIGO CIENTÍFICO “REVISÃO INTEGRATIVA: AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE ALGALIAÇÃO/MANUTENÇÃO DO CATETER VESICAL NO DOENTE HOSPITALIZADO”	191
--	-----

APÊNDICE 3

ARTIGO CIENTÍFICO “SENTIMENTOS DA FAMÍLIA DO DOENTE CRÍTICO EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO	213
APÊNDICE I: GUIA DE ENTREVISTA À FAMÍLIA DO DOENTE CRÍTICO.....	231
APÊNDICE II: TRATAMENTO DOS DADOS OBTIDOS NA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DO GUIA DE ENTREVISTA À FAMÍLIA DO DOENTE CRÍTICO	239
APÊNDICE III: AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS À FAMÍLIA DO DOENTE CRÍTICO NA UNIDADE POLIVALENTE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS GERAIS.....	247

APÊNDICE 4

TRABALHO “VIVÊNCIAS DA FAMÍLIA DO PACIENTE CRÍTICO”	251
APÊNDICE I: GUIA DE ENTREVISTA À FAMÍLIA DO PACIENTE CRÍTICO	279
APÊNDICE II: DADOS COLHIDOS NAS ENTREVISTAS REALIZADAS À FAMÍLIA DO PACIENTE CRÍTICO	287
ANEXO I: AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTAS NA UCIPG.....	295

APÊNDICE 5

TRABALHO PARA O <i>ABSTRACT</i> PARA PARTICIPAÇÃO NO 4º CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA “VIVÊNCIAS DA FAMÍLIA DA PESSOA INTERNADA EM SITUAÇÃO DE DOENÇA CRÍTICA	299
APÊNDICE I: FAMILY EXPERIENCES OF THE INTERNALIZED PERSON IN SITUATION OF CRITICAL ILLNESS: INTEGRATIVE REVISION	319
APÊNDICE II: POSTER CIENTÍFICO: VIVÊNCIAS DA FAMÍLIA DA PESSOA INTERNADA EM SITUAÇÃO DE DOENÇA CRÍTICA: REVISÃO INTEGRATIVA	323

1. INTRODUÇÃO

A realização do presente Relatório surge no âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, do Centro Regional do Porto, sob orientação da Professora Doutora Patrícia Coelho, com base nos módulos de estágio que foram cumpridos. Este Curso assume como essencial o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e competências na área de prestação de cuidados à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica.

A metodologia usada na elaboração deste Relatório foi uma metodologia critico-reflexiva, através de uma análise pessoal crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas em contexto de estágio, fundamentada com pesquisas bibliográficas com evidência científica, para a aquisição de competências da área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Este, pretende mostrar todo o trabalho desenvolvido durante os diferentes estágios, evidenciando os objetivos por mim alcançados, realizando uma apresentação das atividades desenvolvidas para o alcance dos mesmos, mostrando as competências adquiridas nos diferentes domínios da Profissão de Enfermagem.

De acordo com o plano de estudos deste Curso de Mestrado, o estágio encontra-se dividido em três módulos: módulo I, correspondente ao serviço de urgência, módulo II, desenvolvido numa unidade de cuidados intensivos e, o módulo III define-se como um estágio opcional, tendo eu desenvolvido numa Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente, num total de 180 horas de contato.

Os módulos de estágio não são precedentes entre si, tendo eu desenvolvido em primeiro lugar o módulo III, seguido do Módulo II, e finalizado com o módulo I.

Quanto ao estágio do módulo III, este foi desenvolvido de 2 de Maio de 2017 a 24 de Junho de 2017, numa unidade polivalente de cuidados intermédios gerais (UPCIG) de um hospital central do norte do país. Esta Unidade é polivalente, pelo que são prestados cuidados dirigidos a pacientes com diversos diagnósticos, tanto da área médica como da área cirúrgica.

O estágio do módulo II foi realizado de 11 de Setembro de 2017 a 4 de Novembro de 2017, numa unidade de cuidados intensivos polivalente geral (UCIPG) da mesma instituição referida. Nesta Unidade polivalente, também são prestados cuidados diferenciados a pacientes com diversos diagnósticos, tanto do foro médico como do foro cirúrgico.

Por último, o estágio do módulo I foi desenvolvido de 6 de Novembro de 2017 a 11 de Janeiro de 2018, no serviço de urgência médico-cirúrgica, de um outro hospital central, também do norte do país, onde são prestados cuidados no âmbito da urgência na área médico-cirúrgica.

Tanto o estágio de Cuidados Intensivos como o estágio do Serviço de Urgência, visam dar resposta a uma exigência curricular na área da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que contribuíram para aquisição de competências pessoais e profissionais na área da prestação de cuidados ao paciente crítico, e sua família. Escolhi realizá-los em dois Hospitais Centrais do Norte do País, devido a uma elevada afluência de pacientes, e uma elevada variedade nos diagnósticos de saúde, havendo assim um leque variado de aprendizagens e conhecimentos a desenvolver no âmbito da prestação de cuidados em contexto de cuidados intensivos, e de urgência. Tive a oportunidade de desenvolver uma prestação de cuidados ao paciente em situação emergente, em risco de falência orgânica, realizando uma gestão diferenciada dos cuidados associados, e de assistência à família do paciente crítico, revelando-se esta um alvo importante da prestação de cuidados por parte dos profissionais.

Quanto ao módulo III, estágio opcional, decidi desenvolvê-lo numa unidade de cuidados intermédios, visto que onde desenvolvo a minha atividade laboral, encontra-se em construção uma nova unidade de cuidados intermédios, na qual eu estou envolvida, pelo que, assim, tive oportunidade de desenvolver conhecimentos neste âmbito; desenvolvi conhecimentos para a prestação de cuidados a pacientes que necessitam de uma vigilância e monitorização contínua, assegurando uma intervenção precisa e eficiente em tempo útil, prevenindo e detetando precocemente possíveis complicações.

Pude verificar a tipologia de cuidados prestados neste contexto, a dinâmica do serviço, os recursos materiais e humanos necessários, podendo assim transpor esses conhecimentos para a minha prática profissional, conseguindo melhorar a minha habilidade na organização deste serviço em construção na Instituição Hospitalar onde desenvolvo funções de enfermeira de referência.

As Enfermeiras tutoras de estágio dos três locais foram designadas pelos serviços, apresentando uma vasta experiência profissional na prestação de cuidados ao paciente crítico.

Este Relatório é constituído pela Introdução, onde menciono os estágios efetuados e o seu contributo neste percurso, seguida de uma Análise Crítico-Reflexiva do Percurso desenvolvido em contexto de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, subdividida pelos quatro domínios da Profissão de Enfermagem, onde realizo uma descrição e reflexão crítica das competências adquiridas em estágio pela sua ordem cronológica de desenvolvimento, bem como as suas implicações para a prática profissional, uma Conclusão, onde faço um breve resumo deste relatório, dos contributos deste Curso de Mestrado para mim e as principais dificuldades sentidas neste percurso, seguida das Referências Bibliográficas, onde constam todas as fontes que fundamentam a sua realização e, por fim, os Apêndices.

2. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO PERCURSO DESENVOLVIDO EM CONTEXTO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Neste Capítulo, Análise Crítico-Reflexiva do percurso desenvolvido em contexto de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, abordarei os Domínios e Competências adquiridas no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, com EEMC, onde realizo uma reflexão crítica das atividades observadas e realizadas no âmbito dos diferentes estágios, pela sua ordem cronológica de realização (Modulo III, seguido do Módulo II e, por último, o Módulo I) para o desenvolvimento das minhas competências na área de prestação de cuidados ao paciente crítico.

Atualmente, Enfermagem é reconhecida como Profissão e como Disciplina. Desta forma, existe o Código Deontológico do Enfermeiro, Regulamento de Exercício Profissional para a Prática de Enfermagem, que exerce controlo sobre o ensino de pares, investigação, e novos modelos formativos (*Margato, 2010*), impondo aos Enfermeiros a aquisição e desenvolvimento de competências na esfera do cuidar.

O Enfermeiro Especialista é considerado um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (*Parecer n.º06/2016 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros*).

Desta forma, como domínios de competências temos: o domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, o domínio da Melhoria da Qualidade, o domínio da Gestão dos Cuidados e, por fim, o domínio do Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais.

Tal como refere *Vieira (2009)*, a prática de cuidados desenvolvida por um Enfermeiro com Especialização em Enfermagem, implica a prestação de cuidados de enfermagem com um nível aprofundado de conhecimentos e aptidões, para atuar especificamente junto da pessoa e família em situações de crise ou risco.

2.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

As competências do domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal consistem num desenvolvimento de uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, bem como na promoção da prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (*Artigo 5º do Regulamento n.º 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2011*).

A prestação de cuidados ao paciente crítico e sua família por mim desenvolvida em contexto de estágio, foi sempre uma prática baseada no enquadramento jurídico, tal como está descrito no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), atendendo sempre à confidencialidade da informação obtida enquanto profissional e ao respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais do paciente.

De acordo com as *alíneas a) e b) do Artigo 107º-Do Respeito pela Intimidade, do Código Deontológico dos Enfermeiros inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro*, o enfermeiro, atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, assume o dever de respeitar a intimidade da mesma e protege-la da ingerência na sua vida privada e sua família, bem como de salvaguardar, sempre, a privacidade e a intimidade da pessoa no exercício das suas funções e na supervisão de tarefas que delega.

Os objetivos definidos para frequência em estágio, no âmbito do domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, foram:

- Desenvolver capacidade crítico-reflexiva para os problemas da prática profissional relacionada com o paciente e sua família, na área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Desenvolver competências no domínio da responsabilidade ética e legal.

No estágio do **Módulo III**, desenvolvido na unidade polivalente de cuidados intermédios gerais (UPCIG), a prática de cuidados desenvolvida tinha sempre como base a privacidade e a dignidade dos pacientes, e suas famílias.

A privacidade do paciente constitui uma obrigação ético-legal que tem que ser respeitada, não só relativamente à prestação de cuidados direta, como também na transmissão de informação oral ou escrita entre a equipa multidisciplinar. É dever do enfermeiro proteger o paciente em todas as circunstâncias durante a prestação de cuidados, garantindo a sua privacidade e a defesa da sua autonomia (*Soares, 2011*).

Após uma análise crítico-reflexiva, de carácter individual, verifiquei que esta unidade possuía condições físicas adequadas, e recursos materiais disponíveis para promover a privacidade e dignidade dos pacientes (por exemplo, cada cama possuía cortinas capazes de envolver todo o espaço onde o paciente se encontrava). Desta forma, quando havia a necessidade de promover a privacidade do paciente, em qualquer momento, era possível, bastando apenas os profissionais estarem sensibilizados para esta questão.

Com a minha observação da prestação de cuidados desenvolvida na UPCIG, verifiquei que os profissionais, de uma forma geral, se encontravam sensibilizados para esta questão, tal como preconiza o Código Deontológico dos Enfermeiros. Nunca prestavam cuidados sem se certificarem que a privacidade do paciente estava assegurada, bem como tinham sempre em consideração as preferências do mesmo, explicando tudo o que iria ser realizado no que se refere a técnicas de enfermagem, obtendo o seu consentimento livre e esclarecido. A obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido, constitui uma questão de extrema importância na prática de Enfermagem, para a execução dos tratamentos/técnicas desenvolvidas.

Verifiquei que, nesta Unidade, os pacientes, de uma forma geral, se encontravam acordados, conscientes e orientados, capazes da sua tomada de decisão relativamente ao tratamento recebido, aferindo que, a equipa, se encontrava bastante consciencializada para

os direitos e deveres do paciente nesse sentido. Os enfermeiros da UPCIG, de uma forma geral, possuem um sentido profissional desenvolvido para uma prática de cuidados de qualidade, baseada no princípio da responsabilidade profissional, ética e legal.

No que se refere a pacientes na fase final de vida, a equipa também se encontrava bastante consciencializada para a necessidade de satisfação das necessidades do paciente e família, acompanhando todo este processo. Tinha em consideração as preferências e desejos do paciente, abordando a família nesse sentido quando o paciente não estava capaz de estabelecer comunicação, esclareciam todas as dúvidas e questões apresentadas, tanto por parte dos pacientes (quando adequado) como pelos familiares. No âmbito do apoio à família destes pacientes, a equipa procurava satisfazer as principais necessidades da família, nomeadamente informação, segurança, suporte e proximidade do paciente (*Kinrade e colegas, 2009*). Ou seja, esclareciam dúvidas apresentadas de forma clara e sincera, fazer com que o familiar sinta que o melhor cuidado possível está a ser prestado ao paciente, estar presente junto da família, apoiando-a neste momento difícil, e permitir a sua presença junto do seu ente querido, facilitando, geralmente, no que se refere ao horário das visitas.

O papel do enfermeiro nesta fase final da vida consiste em ajudar a morrer em paz, com dignidade, sem dor ou outros sintomas, proporcionando privacidade e proporcionar a presença de pessoas significativas para o paciente (*Etayo, 2009*).

Num dia de estágio na UPCIG, estava perante um paciente que se encontrava em fase agónica, verificando como os profissionais do serviço lidavam com este tipo de situações.

A agonia corresponde a um período de tempo com início, por vezes, insidioso e um final que é a própria morte. A sua definição prende-se com a noção que existe um agravamento de novo, súbito ou progressivo, sem causa reversível identificável. Esta situação deve ser identificada pela equipa, pela família e pelo próprio doente (*Barbosa, 2006*). O próprio paciente deve ter a consciência de que o seu fim está próximo, sempre que possível, pois poderá necessitar de tomar decisões que considere importantes enquanto tem poder para tal, pois pode desejar realizar determinado tipo de atividades enquanto está capaz de as realizar.

A enfermeira que estava na prestação de cuidados a esse paciente, Enf.^a tutora, mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica, revelou possuir um vasto leque de conhecimentos neste âmbito, estando sensibilizada para questões da privacidade, dignidade e respeito para com o paciente e sua família.

Desta forma, gerimos as medidas farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor, ou seja, colocamos o paciente o mais confortável possível no leito, administramos a terapêutica analgésica instituída, baixamos a intensidade da luz da unidade, e fechamos as cortinas para promoção da privacidade. Também entrou em contato com a família, abordando a mesma, de forma cuidada, acerca do agravamento do estado de saúde do paciente, para se dirigirem de forma breve à unidade para falarem pessoalmente.

Na agonia, é importante maximizar o conforto através do controlo de sintomas, que haja uma redefinição de objetivos terapêuticos e uma reavaliação terapêutica, em que os cuidados à família também têm que ser intensificados, proporcionando cuidados adequados, sem intervenções desnecessárias (*Coelho, 2017*).

Esta fase tem um significado especial para o paciente e para a sua família. A consciência de que a morte está próxima desperta sentimentos de medo, angústia, incertezas, impotência e ambivalência. Se a família, por um lado, gostaria que o paciente permanecesse vivo mais tempo, evitando a separação, por outro lado, deseja que o sofrimento termine. Nesta fase, devemos assegurar à família que estes sentimentos de medo, angústia, incerteza, impotência e ambivalência acontecem naturalmente (*Barbosa, 2006*).

É de crucial importância o apoio prestado à família neste momento: deve existir uma boa relação entre a equipa e a família, proporcionando linhas orientadoras claras, do que está a acontecer, o profissional deve explorar temores da família, mostrando disponibilidade para prestar este apoio necessário. Deve também reforçar a atuação dos cuidadores (quando mostram necessidade para tal), clarificando sempre das necessidades atuais do paciente (*Coelho, 2017*).

A forma como a família e o paciente (quando aplicável) se apercebem da situação que estão a vivenciar, dos recursos e apoios que os rodeiam, são fatores essenciais para determinar o ajustamento pessoal e familiar à realidade, necessitando de informações exatas e atualizadas, a respeito da condição de saúde/doença, devendo ser orientada com o intuito de estabelecer metas realistas (*Meixedo, 2013*).

Desta forma, após esclarecimento, estávamos perante a família, tendo sido explicado todo o contexto atual, fornecendo o apoio necessário para vivenciar este momento de despedida. No final do turno, o paciente faleceu, junto dos seus familiares, tendo estes a oportunidade de despedida, sendo confortados pessoalmente pela equipa.

O cuidado ao paciente nesta fase final da vida, e sua família, exige aos enfermeiros uma prestação de cuidados dirigidos para as necessidades não só físicas, mas psicológicas, espirituais, sociais, emocionais, culturais, quer do paciente, quer da família (Meixedo, 2013).

A morte é para a vida, um processo complexo e enigmático, mistério indecifrável. Todos nos sabemos mortais, mas tal conhecimento abstrato não nos prepara para a vivência da morte pessoal e intransmissível (Osswald, 2004).

Numa visão reflexiva de futura enfermeira especialista, considero que a prestação de cuidados de enfermagem ao paciente em fim de vida na UPCIG é adequada, promovendo a privacidade, dignidade, e respeito, tanto pelo paciente como pela sua família, promovendo momentos de partilha de emoções, fornecendo o apoio necessário nestes momentos de dor, quer no fim de vida quer no luto.

Relativamente ao estágio do **Módulo II**, desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral (UCIPG), no que se refere à privacidade do paciente e família, o espaço físico desta unidade consiste num espaço aberto, sem divisórias, e, para determinados momentos é necessário a colocação de biombos para proporcionar maior privacidade. De uma forma geral, verifiquei que a equipa desenvolvia uma prática de cuidados baseada na privacidade e dignidade do paciente, colocando sempre os biombos para a prestação de cuidados.

Grande percentagem dos pacientes internados encontravam-se sedo-analgesiados, mas, por vezes, estávamos perante pacientes acordados, que tinham capacidade para observar tudo o que se passava ao seu redor, tendo verificado que, por vezes, estas situações não eram lembradas por alguns profissionais. Desta forma, verifiquei a existência de uma oportunidade de melhoria no serviço, tendo eu sensibilizado os profissionais para este facto, pelo que pude observar que, após reflexão com alguns enfermeiros, ficaram mais sensibilizados para esta questão, recorrendo sempre ao uso de biombos para prestação de cuidados.

Detetei também uma outra oportunidade de melhoria neste estágio, verificando que, por vezes, os pacientes em estado agónico, acompanhados pela sua família, estavam sob a observação de todo o serviço.

Desta forma, também sugeri a colocação de biombos para proporcionar uma maior privacidade à família para a despedida do seu ente querido, conseguindo que a equipa

também fomentasse esta privacidade, após reflexões realizadas em estágio, tanto com a Enf.^a tutora, como com os enfermeiros que se encontravam em prestação de cuidados a pacientes que se encontravam em fase de agonia.

Uma outra questão, sugestiva de melhoria, é o estabelecimento de comunicação com a família do paciente agônico. Verifiquei que, algumas vezes, os profissionais não se encontravam muito sensibilizados para o estabelecimento de uma comunicação eficaz com os familiares do paciente em fim de vida. É na equipa que a família procura refúgio, respostas e orientações. O principal objetivo é que a comunicação ocorra de acordo com as necessidades de informação, preocupações e expectativas (*Barbosa, 2006*).

Comunicar eficazmente em contexto de fim de vida é simultaneamente importante e difícil, um desafio que implica a utilização e desenvolvimento de perícias básicas essenciais à comunicação entre o profissional e a família (*Sapeta, 2007*), tais como ouvir, observar atentamente, e ter consciência dos nossos próprios sentimentos.

Realizei várias reflexões com enfermeiros do serviço acerca desta temática, discutindo situações existentes na Unidade, de como idealmente o serviço deveria lidar com estas situações de pacientes em fim de vida, bem como com os seus familiares.

Considero que, através da minha sensibilização para o estabelecimento de comunicação com a família do paciente em fim de vida, do esclarecimento das suas dúvidas, na presença do profissional nesta fase difícil, do apoio fornecido, bem como da promoção da privacidade e dignidade, contribuí para uma melhoria da prestação de cuidados dos profissionais na UCIPG.

No que se refere à obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido, considero ter desenvolvido uma prestação de cuidados ao paciente crítico baseada na responsabilidade profissional, ética e legal, analisando, de forma crítica, que os profissionais também se encontravam sensibilizados para a necessidade da obtenção do consentimento livre e esclarecido, por parte dos pacientes ou, em caso de impossibilidade por parte destes, pelo membro representante dos mesmos. Neste âmbito, participei numa discussão entre enfermeiros, tendo eu esclarecido questões relacionadas com o consentimento informado. Estavam a discutir acerca do consentimento legalmente válido para a realização de uma intervenção cirúrgica. Tratava-se de um paciente consciente e orientado na sua tomada de decisão, mas que tinha incapacidade para escrever devido à sua tetraplegia. A questão colocada seria a necessidade de aguardar pela mãe do paciente para a assinatura do documento do consentimento informado.

Toda a intervenção em saúde, ou seja, qualquer cuidado de saúde, para ser efetuado, necessita do consentimento da pessoa em causa, ou seja, aquela a quem os cuidados vão ser prestados, e é no respeito pela autonomia individual e pela sua liberdade de cada um a decisão sobre os cuidados de saúde que aceita receber (*ponto 1, do Artigo 5º do Capítulo II – Consentimento, da Resolução da Assembleia da República n.º1/2001, do Regime Jurídico do Consentimento em Saúde*).

O consentimento é dado pela pessoa a quem vão ser prestados os cuidados, sem outras interferências, nomeadamente dos familiares (*ponto 2, do Artigo 5º do Capítulo II – Consentimento, da Resolução da Assembleia da República n.º1/2001, do Regime Jurídico do Consentimento em Saúde*). Desta forma, visto que a impossibilidade da assinatura do documento do consentimento informado para o procedimento cirúrgico era devido à tetraplegia do paciente, e não a alterações do seu nível de consciência que o impossibilitassem da sua tomada de decisão, os enfermeiros poderiam ter recorrido à impressão digital do paciente para assinar o documento em causa. No entanto, esclareci a equipa de que, no que se refere ao consentimento livre e esclarecido, o que é considerado válido é o consentimento transmitido verbalmente pelo paciente, após receber todas as informações inerentes ao procedimento a realizar, visto se tratar de um paciente consciente e orientado, em plena virtude das suas capacidades cognitivas, não sendo nunca a mãe a decidir por si.

No que se refere ao estágio do **Módulo I**, considero que houve momentos em que senti dificuldade em promover privacidade e dignidade aos pacientes, devido às condições físicas que o serviço dispõe, visto que não há recursos materiais disponíveis em número suficiente para promover a privacidade do paciente. Quando desenvolvia a minha prática de cuidados, precisava, muitas vezes, de deslocar as macas alocadas ao redor para poder ter algum espaço, providenciando um biombo portátil de outros departamentos para poder promover a privacidade ao paciente. Verifiquei ainda que a equipa, devido a este seu dia-a-dia sem condições físicas, por vezes, não estava sensibilizada para a promoção da privacidade. Frequentemente, refletia sobre essa problemática do serviço: “Se fosse eu naquela maca, como gostaria de ser tratada?”. Abordei esta questão com alguns profissionais do serviço e com a Enf.^a tutora, conseguindo sensibilizá-los para a necessidade de uma prática de cuidados atendendo à privacidade e dignidade da pessoa que se encontrava ao nosso cuidado. Se fosse eu naquela maca, gostaria que me promovessem

privacidade, e que fosse tratada com dignidade, que me colocassem num espaço físico resguardado, com roupa suficiente na maca, que me tratassem pelo meu nome, e que me explicassem tudo o que me iriam fazer e o porquê de estar ali. Assim, propus a que alguns enfermeiros do serviço que se imaginassem no lugar de alguns dos pacientes que se encontravam no SU, tendo essa perspectiva, no âmbito da privacidade e dignidade, pois, muitas das vezes, ao colocar-nos no lugar do paciente, ou a imaginarmos alguém que nos é querido naquelas situações, conseguimos sensibilizar-nos mais facilmente para essas questões verificadas no nosso dia-a-dia de prática de cuidados. Através desta reflexão com alguns membros da equipa, verifiquei que ficaram um pouco mais sensibilizados para esta questão, promovendo a privacidade e a dignidade aos pacientes, mesmo com o elevado número de pacientes existentes nas várias áreas do SU. Mesmo sem muitos recursos materiais e humanos, os profissionais promoviam esta privacidade e dignidade de acordo com o que estava ao seu alcance.

Pude verificar também que, em muitos momentos, encontravam-se no serviço de urgência (SU) pacientes em estado agónico, sozinhos nesta etapa final da sua vida, detetando, assim, uma oportunidade de melhoria no SU.

Independentemente do local onde se encontra o paciente em fim de vida, os cuidados devem ser realizados com o objetivo de lhe proporcionar o máximo conforto. Cada vez mais se morre nos hospitais, onde muitas vezes escasseiam as condições estruturais ideais para o acompanhamento destes pacientes, e onde os profissionais de saúde não estão, por vezes, adequadamente preparados e sensibilizados (*Paiva, 2012*).

Na maioria dos casos, não se estabelece uma relação de ajuda com o paciente, desenvolvendo apenas procedimentos técnicos, o que não é esperado. Espera-se uma abordagem relacional, em que os enfermeiros também estabelecem uma relação de ajuda com as pessoas significativas do paciente, para que estes possam partilhar os seus medos e inquietações, angústias, dúvidas, e outros sentimentos (*Veiga e colegas, 2009*).

Sensibilizei a equipa de que estes momentos eram importantes para a família, e que esta deveria estar presente junto do paciente (se assim o desejasse), e sugeri a colocação de biombos para proporcionar uma maior privacidade à família/paciente neste momento de despedida e de partilha de emoções. Tal como preconiza a *alínea b) do Artigo 108º do Código Deontológico do Enfermeiro-Do respeito pela pessoa em situação de fim de vida*, o enfermeiro deve respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela pessoa em situação de fim de vida, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas. Desta forma,

procurei, sempre que possível, incluir a família, permitindo-lhes a presença junto do paciente, tal como preconiza a Lei, o que nem sempre foi possível devido às contingências do serviço, pois, quando realizei este módulo de estágio, existia um plano de contingência devido ao elevado número de pacientes que recorriam ao SU com gripe.

De acordo com a Lei n.º15/2014 de 21 de Março, “*Acompanhamento do utente dos serviços de saúde*”, é reconhecido e garantido a todo o cidadão admitido num serviço de urgência do SNS o direito de acompanhamento por uma pessoa, ou seja, todos os pacientes têm o direito de estar acompanhados e devem ser informados de tal, e, em casos em que o paciente não é capaz de expressar a sua vontade, o acompanhante pode ter que se fazer mostrar do comprovativo do grau de parentesco, mas nunca impedindo o seu acompanhamento.

No entanto, em casos de planos de contingência, os profissionais possuem a legitimidade de impedir o acompanhamento por parte dos familiares, pois a sua presença pode ser condicionada mediante a avaliação do número de pacientes que recorrem ao serviço de urgência.

Após sensibilização da equipa para esta questão, principalmente nos pacientes em fim de vida, esta demonstrou mais abertura à presença da família, indo de encontro ao que preconiza a Lei de acompanhamento do paciente no SU supra citada, conseguindo melhorar a prática desenvolvida.

Verifiquei também que, muitos dos pacientes que recorriam ao SU possuíam uma doença crónica terminal, não necessitando de uma abordagem curativa ou intervenções invasivas, necessitando sim de uma abordagem paliativa, em que ainda há muito para fazer por parte da equipa. Dada a complexidade das situações de saúde/doença das pessoas, o aumento da longevidade da população e o consequente incremento das doenças incuráveis, progressivas, e de caráter avançado, a realidade do SU é-nos apresentada com um aumento destes pacientes com doença crónica, incurável e progressiva (*Capelas e Serrano, 2017*).

Os cuidados paliativos visam promover o alívio da dor e outros sintomas geradores de sofrimento, afirmam a vida e consideram a morte como um processo natural, pelo que não adiantam nem atrasam o final da vida. Ou seja, têm como objetivo o alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, proporcionando a melhor qualidade de vida possível (*Vilaça et al, 2017*).

Estes integram as vertentes psicológicas e espirituais do cuidar, assim como oferecem um sistema de suporte para ajudar os doentes a viver ativamente dentro das suas possibilidades

até à morte, ajudando também a família a lidar com a doença assim como no seu luto. Esta abordagem paliativa releva-se importante e benéfica tanto para o paciente como para a família, que acompanha todo este processo (*Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2018*).

Desta forma, idealmente, deveria existir uma Equipa Intra-hospitalar de Cuidados Paliativos, que desse resposta a este tipo de situações tão frequentes em contexto de serviço de urgência, dando continuidade a este processo de cuidar, não apenas gerindo sinais e sintomas em contexto urgente, muito menos desenvolvendo técnicas com objetivo o tratamento da doença, através do desenvolvimento de medidas invasivas. Embora exista uma Equipa Intra-hospitalar de Cuidados Paliativos, esta não dava resposta neste tipo de situações, sendo uma situação alvo de melhoria detetada no SU. A atuação desta Equipa no serviço de urgência deveria ser incluída em pacientes já em cuidados paliativos ou sinalizados para a mesma, ou ainda em situações de agonia e fim de vida, com o intuito de prestar cuidados adequados com vista à promoção do conforto e dignidade.

Os cuidados paliativos, por si só são geradores de maior racionalização e redução significativa dos custos em saúde, se forem integrados precocemente e se forem cuidados de qualidade (*Coelho e Capelas, 2014*).

No entanto, verifiquei que os enfermeiros estavam sensibilizados para estas questões, não desenvolvendo abordagens invasivas com os pacientes paliativos, promovendo sim o controlo de sinais e sintomas consequentes da situação de saúde.

Relativamente à obtenção do consentimento informado no SU, tive presente que, mesmo estando em contexto de emergência, deve-se respeitar sempre o paciente na sua autonomia e individualidade, com base nos princípios bioéticos, nunca esquecendo a obtenção do seu consentimento devendo este ser solicitado ao próprio sempre que possível (*Bandeira, 2008*).

Desta forma, tal como refere o *Anexo I do Artigo 5º do Regulamento n.º 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, demonstrei tomada de decisão ética numa variedade de situações de prática especializada, tomei decisões com base em princípios, valores e normas deontológicas e liderei de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na minha área de Especialização. Antes da realização de qualquer procedimento, explicava aos pacientes o que iria fazer, e porquê, respondendo, de forma clara, às questões apresentadas, questionando sempre se poderia realizar determinado procedimento. Por

exemplo, num dia de estágio, um senhor dirigiu-se ao SU, com queixas abdominais, sendo necessário proceder a uma colheita de sangue. O mesmo demonstrou-se renitente à prática de cuidados, pelo que expliquei a necessidade de efetuar a colheita de sangue, procedendo à realização da mesma só após o consentimento do paciente. O que o senhor necessitava, naquele momento, era de que alguém lhe explicasse a necessidade da realização de exames diagnósticos, procedendo à execução dos mesmos com base na obtenção do consentimento livre e esclarecido.

No SU, principalmente no que se refere à prestação de cuidados em sala de emergência, local em que muitas das vezes os pacientes dão entrada inconscientes, em que os profissionais desenvolvem a sua prática de cuidados com base no consentimento presumido. Ou seja, há o consentimento presumido quando a situação em que o enfermeiro atua permite, de forma razoável, supor que a pessoa que recebe os cuidados prestados, se tivesse conhecimento das circunstâncias em que é praticado, consentiria a sua realização, tendo como finalidade o benefício do paciente (*ponto 2 do artigo 39º- Consentimento presumido, Decreto-Lei n.º 48/95, 1995*).

Em suma, com a minha frequência em estágio, através da realização das atividades acima mencionadas, nomeadamente realização de reflexões individuais, com a Enf.^a tutora e com os vários profissionais da equipa, alcancei os meus objetivos definidos, nomeadamente o desenvolvimento da capacidade critico-reflexiva para os problemas da prática profissional relacionada com o paciente e a sua família, bem como desenvolvi competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, competências estas do âmbito da EEMC.

Demonstrei, assim, uma prática de cuidados com base no respeito pelos direitos humanos, analisando e interpretando situações específicas de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gestão de situações potencialmente comprometedoras para os pacientes (*artigo 5º do Regulamento n.º 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2011*).

2.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

As competências do domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, consistem em desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, em conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade e criar e manter um ambiente terapêutico seguro, de acordo com o *Artigo 6º do Regulamento n.º 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2011)*. Desta forma, o enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, identificando oportunidades de melhoria, criando um ambiente terapêutico seguro.

Os objetivos atingidos ao longo do estágio, no âmbito do domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, foram:

- Compreender a dinâmica dos serviços dos três locais de estágio;
- Comunicar aspetos complexos do âmbito profissional e académico;
- Aplicar conhecimentos adquiridos *à priori* em contexto de estágios curriculares de EEMC, na prestação de cuidados ao paciente crítico;
- Prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- Assistir a pessoa e sua família nas perturbações emocionais consequentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica;
- Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;
- Gerir o estabelecimento da relação terapêutica face à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Gerir de forma diferenciada a dor e o bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas;

- Analisar o desenvolvimento de procedimentos de prevenção e controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção;
- Criar e manter um ambiente terapêutico seguro.

No estágio do **módulo III**, numa fase inicial, procedi ao conhecimento do funcionamento do serviço, das suas rotinas, e dos seus recursos materiais e humanos. Verifiquei que os profissionais desenvolviam a sua prática baseada na segurança do paciente, e, mesmo quando aumentava o volume de trabalho, estes validavam sempre a identificação dos pacientes, antes de qualquer procedimento.

Observei que, num dia, uma Enf.^a que se encontrava em integração, estava com dificuldades no que refere à administração de terapêutica, tendo eu auxiliado a mesma, no seu esclarecimento de dúvidas, fomentando a sua pesquisa. Este é uma função de um enfermeiro com EEMC, traduzindo-se num elemento com mais conhecimentos aprofundados na área de cuidados especializados ao paciente crítico, constituindo uma referência na integração de colegas menos experientes no serviço.

Devido à existência de alguns elementos recém-chegados à UPCIG, verifiquei que havia dificuldades na integração dos mesmos, devido às várias especificidades da unidade.

Não havia nenhum documento único disponível para consulta, para auxiliar nesta integração, existindo apenas alguns protocolos, alguns deles já desatualizados de acordo com a evidência científica. Desta forma, verifiquei uma oportunidade de melhoria no serviço: elaborei um Manual de Integração para a UPCIG (apêndice 1),havendo assim um documento onde os profissionais pudessem consultar qualquer questão que surgisse no âmbito da organização e funcionamento do serviço.

Também no âmbito do estágio do módulo III, realizei uma pesquisa bibliográfica acerca da algaliação do paciente crítico, isto porque, na UPCIG não pude deixar de verificar que, alguns pacientes, encontravam-se com cateter vesical sem necessidade para tal, existindo, assim, outra oportunidade de melhoria na unidade. Muitos dos pacientes ainda tinham cateter vesical pois tinham sido transferidos da Unidade de Cuidados Intensivos, onde anteriormente, tinham uma indicação válida para a permanência da sonda vesical. Neste sentido, efetuei uma revisão da literatura para validar a necessidade de implementação de um protocolo de avaliação diária do paciente estar algaliado e realizar a manutenção da mesma, de acordo com os critérios definidos pela *Direção Geral de Saúde*, contribuindo para a redução do numero de algaliações (evitáveis) nos pacientes críticos e, conseqüentemente, uma diminuição na taxa de infeções do trato urinário (ITU).

De acordo com a pesquisa efetuada, verificou-se que a realização de uma avaliação diária da necessidade de algaliação/permanência do cateter vesical, através da aplicação de um protocolo definido, é de extrema importância no que se refere à diminuição do número de algaliações e dias de permanência do cateter vesical. Vários estudos foram desenvolvidos com o objetivo de avaliar a implementação de um protocolo de avaliação centrado no tempo de duração das algaliações e na indicação para o paciente estar algaliado apenas quando tem critério para tal, aumentando assim a segurança dos pacientes através de uma prática de cuidados segura. Verificou-se que, com a aplicação diária de um protocolo de avaliação diária da necessidade de algaliação/permanência do cateter vesical consegue-se um decréscimo tanto no número de algaliações, como no tempo de permanência da sonda vesical, resultando assim num decréscimo da taxa de ITU.

Este Artigo Científico, intitulado “Revisão Integrativa: Avaliação da Necessidade de Algaliação/Manutenção do Cateter Vesical no Doente Hospitalizado” (apêndice 2), foi submetido para publicação nos Cadernos de Saúde do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, encontrando-me a aguardar o resultado do processo de revisão.

Assim, consegui realizar produção científica, enriquecendo-me como futura enfermeira especialista, adquirindo conhecimentos e competências no âmbito da pesquisa em bases de dados científicas, desenvolver os meus conhecimentos no âmbito da necessidade de redução do número de algaliações, bem como dos dias de permanência do cateter vesical, para uma redução da taxa de ITU's (*Elpern et al, 2016*).

Sensibilizei, assim, os profissionais para esta questão, para a obtenção de uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, através de uma redução do número de algaliações/número de dias de permanência do cateter vesical.

Neste sentido, abordei o Enf.º Chefe acerca da pertinência da elaboração de uma *check-list* para aplicação diária por parte dos enfermeiros da UPCIG para avaliação da necessidade de algaliação/permanência do cateter vesical nos pacientes. Como o estágio estava a finalizar nesse momento, deixei esta sugestão para aplicação na Unidade, em que o Enf.º Chefe demonstrou interesse e abertura para uma futura elaboração de um protocolo nesse sentido.

Relativamente à assistência da pessoa e da família nas perturbações emocionais vivenciadas, na UPCIG, verifiquei que a equipa de enfermagem encontrava-se sensibilizada para esta questão, vendo a família como um alvo do cuidar, estabelecendo

comunicação com esta, esclarecendo as suas dúvidas, tal como deve ser a essência de Enfermagem.

O tema delineado para desenvolver transversalmente aos três locais de estágio é “A Comunicação com a Família do Paciente Crítico”, e, visto que a UPCIG é uma unidade de prestação de cuidados ao paciente crítico, decidi intervir com a família destes pacientes, apoiando-a nas vivências de dor, angustia, e incertezas, através do estabelecimento de comunicação, com a realização de entrevistas, visto que o internamento do paciente constitui um momento crítico emocionalmente e fisicamente desgastante para a família.

A comunicação é um aspeto importante na prestação de cuidados no âmbito do paciente crítico, e o enfermeiro pode, através da aplicação de competências na área comunicacional, estabelecer um bom contato, uma boa comunicação com a família, estabelecer um melhor cuidado (*Rodrigues, 2003*).

Esta contribui para a excelência da prática de Enfermagem e cria oportunidades de aprendizagem para a família, podendo despertar o sentimento de confiança entre o enfermeiro e a família, promovendo a segurança e satisfação.

Elaborei, então, um Guia de Entrevista à família do paciente crítico (apêndice 3), através de uma pesquisa bibliográfica, com base em outros guias existentes para levantamento de necessidades e vivências da família do paciente crítico e, com autorização escrita do Sr. Enf.º Coordenador, e autorização do Sr. Diretor da UPCIG, realizei quatro entrevistas a familiares de referência, com consentimento dos mesmos após explicação do objetivo destas entrevistas, com o intuito de identificar os principais sentimentos/necessidades sentidas pela família. Verifiquei que a família é extremamente importante no que se refere ao processo de tratamento do paciente crítico. Através da aplicação do Guia de Entrevista à Família do Paciente Crítico, e após tratamento de todos os dados obtidos, inferi que todos familiares entrevistados possuíam necessidades de apoio e suporte, para conseguirem superar as situações críticas vivenciadas. No entanto, os resultados obtidos evidenciam que, de facto, não há uma consciencialização por parte dos familiares de que eles próprios constituem um alvo de cuidados por parte da equipa, atribuindo uma maior importância à situação do seu familiar, “esquecendo” as suas vivências e necessidades. A família não se revê como centro de cuidados por parte da equipa de enfermagem, atribuindo uma maior importância às suas necessidades de informação, segurança e proximidade do paciente e atribuindo menor importância às suas vivências de tristeza e medo, às suas necessidades de suporte e de conforto (*Freitas et al, 2007*).

Verifiquei que, dos sentimentos e necessidades vivenciadas pela família durante o internamento do paciente na UPCIG, os que foram referidos como mais importantes foram o medo e insegurança quanto à mudança na vida familiar, ou seja, atribuíram maior significado a uma insegurança no futuro, como decorrerá a recuperação do paciente e como será a sua vida futuramente, referindo que sentem medo, mas atribuindo importância ao facto de o seu familiar não recuperar, ficar com sequelas ou até mesmo falecer, mais uma vez, desvalorizam as suas vivências. Os sentimentos/necessidades vivenciadas consideradas menos importantes foram a tristeza, a ansiedade e o *stress*, referindo que o que é mais importante é que o paciente recupere e volte para casa nas melhores condições possíveis, desvalorizando o facto de sentirem uma profunda tristeza e vivenciarem um dia-a-dia stressante, mais uma vez, direccionando o foco para o paciente, desprezando as suas vivências/sentimentos.

Desta forma, elaborei um Artigo Científico “Sentimentos da Família do Doente Crítico em contexto de Internamento” (apêndice 3), que foi submetido para publicação para os Cadernos de Saúde do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, encontrando-me a aguardar a decisão dos revisores.

A realização deste estudo contribuiu para que eu desenvolvesse os meus conhecimentos no âmbito do apoio à família do paciente crítico, sensibilizando-me para a necessidade de intervenção com a mesma, desenvolvendo as minhas competências no âmbito da EEMC.

No que se refere à aplicação dos conhecimentos adquiridos *à priori* em contexto da prática de cuidados, não senti dificuldades pois, na minha prática profissional, desenvolvo a minha atividade em contexto de bloco operatório. No entanto, é importante haver uma adaptação a situações novas e não familiares neste âmbito, visto que na UPCIG, é fulcral que o enfermeiro possua destreza e agilidade na resolução de problemas que possam surgir. De uma forma geral, é o enfermeiro quem despista alterações no paciente, tanto da consciência, como físicas e hemodinâmicas, sugestivas de descompensação do estado clínico do paciente. Estas situações exigem um vasto leque de conhecimentos para realização deste despiste, exigindo também uma rápida intervenção para minimização dos riscos.

O enfermeiro especialista é considerado como um enfermeiro que possui um conhecimento aprofundado, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão,

traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2016).

Um outro aspeto relativo à prestação de cuidados ao paciente crítico de relevo, é a gestão de forma diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica.

A dor é traduzida numa sensação corporal desconfortável, referencia subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contato social, inquietação e perda de apetite, bem como compromisso do processo de pensamento, interfere na qualidade de vida da pessoa, pelo que o seu controlo é um objetivo prioritário (OE, 2008).

Visto que, de uma forma geral, estava perante pacientes acordados, com capacidades de comunicar de forma consciente, desenvolvia esta avaliação da dor com recurso à Escala de Faces Wong-Baker, agilizando medidas de controlo de dor de acordo com o resultado indicado pelos pacientes.

Para além das medidas farmacológicas desenvolvidas, tive a oportunidade de aprimorar as minhas competências no âmbito do desenvolvimento de medidas não farmacológicas na gestão da dor, como por exemplo, realizar massagem corporal, facilitando o relaxamento e diminuindo a tensão muscular, bem como, através do estabelecimento de comunicação com o paciente, ajudando a pessoa no desenvolvimento de habilidades para controlar/gerir a dor e o *stress* (OE, 2008). Pude verificar que, após realização de massagem corporal, bem como promover a realização de atividades capazes de distrair a atenção da dor, como por exemplo, ouvir música relaxante, auxiliaram no controlo da dor.

Relativamente às medidas de controlo de infeção, tive sempre em atenção a promoção das mesmas, identificando situações complexas e sugerindo a implementação de intervenções de acordo com as situações verificadas.

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) desenvolvem-se por vários motivos: devido ao estado de saúde do próprio paciente, que o deixa mais vulnerável ao aparecimento de infeções, devido a procedimentos invasivos realizados, que facilitam a entrada de microorganismos, ou até devido à limpeza ou assepsia inadequada, ou ao não cumprimento de medidas preventivas por parte dos profissionais que prestam cuidados (OE, 2011).

Verifiquei que, na UPCIG, era desenvolvida uma prática de cuidados com base nos princípios de controlo de infeção, em que, cada unidade se encontra equipada com todo o

equipamento de proteção individual (EPI) necessário, havendo um distanciamento considerável entre cada cama. Também os profissionais se encontravam sensibilizados para o desenvolvimento das boas práticas relacionadas com o controlo de infeção, nomeadamente a importância da lavagem das mãos, do uso de soluções de base alcoólica (SABA) e EPI, da realização da etiqueta respiratória, entre outros.

No final deste módulo III foi realizada, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, secção regional do Porto, uma Partilha de Experiências, com recurso a diapositivos com exposição oral, entre docentes e colegas que se encontravam a frequentar o Curso de Mestrado com EEMC, experiências estas vividas em contexto de estágio.

Esta partilha revelou-se importante para mim como futura enfermeira especialista, tendo a oportunidade de comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, aperfeiçoando a minha postura na transmissão de informação, de forma clara e adequada.

As sugestões efetuadas pelas Professoras que se encontravam a assistir a esta partilha de experiências, também se revelaram enriquecedoras, tendo eu oportunidade de melhorar a minha capacidade de fundamentação do trabalho desenvolvido em contexto de estágio, bem como desenvolver a minha capacidade crítica e reflexiva face aos dados apresentados.

Relativamente ao estágio do **módulo II**, na UCIPG, desenvolvi uma prática de cuidados com base na gestão do risco, através da aplicação de princípios relevantes de garantia de segurança. Por exemplo, na administração de um fármaco, é de extrema importância que se tenha em consideração os sete certos, confirmando minuciosamente este processo. E, visto que praticamente todos os pacientes da unidade se encontravam com cateter venoso central a realizar um leque variado de terapêutica, tive a necessidade de realizar uma pesquisa bibliográfica para adquirir conhecimentos acerca de compatibilidades terapêuticas, mais direcionadas na prática em contexto de Cuidados Intensivos.

Considero que desenvolvi a minha competência de prestação de cuidados de enfermagem ao paciente crítico com base num ambiente terapêutico seguro.

Também demonstrei conhecimentos acerca da gestão da ansiedade e do medo que são vivenciados pela pessoa e família, em situação crítica, evidenciando ainda conhecimentos e habilidades na dignificação da morte e nos processos de luto, através do desenvolvimento da comunicação verbal e não-verbal, à presença junto dos mesmos nos

momentos adequados para fornecer o devido apoio emocional, situações estas que se revelaram diárias na UCIPG devido ao elevado grau de criticidade dos pacientes lá internados.

É importante promover a presença da família junto do paciente, pois a evidência teórica, prática e investigacional mostra o significado que a família atribui ao bem-estar e saúde dos seus membros, bem como influencia no processo de doença, obrigando os enfermeiros a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante na prática de enfermagem (*Wright, 2002*).

Assim, o trabalho desenvolvido vai de encontro à temática das vivências da família do paciente crítico pois, em contexto de Cuidados Intensivos, é necessário que haja uma atuação a nível comunicacional eficaz por parte do Enfermeiro para com a família do paciente crítico, fornecendo suporte para vivenciar estes momentos difíceis no núcleo familiar.

A comunicação constitui um instrumento terapêutico de grande utilidade para estabelecer um clima de confiança, pois esta é uma forma de promover a relação de ajuda e de confiança (*Phaneuf, 2004*). Desta forma, realizei seis entrevistas estruturadas à família, com o consentimento dos participantes após explicação do objetivo das entrevistas, sendo também informados da possibilidade de cessá-las a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, tanto para o participante como para o paciente. As entrevistas foram realizadas através da aplicação de um Guia de Entrevista à Família do Paciente Crítico (apêndice 4), adaptado do Guia aplicado no estágio do módulo III, previamente validado e autorizado, o que exigiu de mim um desenvolvimento na área comunicacional interpessoal, visto se tratar, de uma forma geral, de familiares que se encontram no presente momento da entrevista a vivenciar situações de angústia extrema, adequando assim a comunicação a esta complexidade.

Assim, tive a necessidade de realização de uma pesquisa bibliográfica, elaborando o trabalho “Vivências da Família do Paciente Crítico” (apêndice 4).

Foi dado consentimento para a realização do estudo na UCIPG pela Sr.^a Enf.^a Coordenadora e pela Sr.^a Diretora da UCIPG, tendo eu garantido total anonimato, tanto dos pacientes, famílias como da Instituição e Unidade onde foram desenvolvidas.

Após tratamento dos dados obtidos na realização destas entrevistas (apêndice 4), verifiquei que as famílias encontravam-se sob um elevada ansiedade e *stress*, com muito receio

quanto ao futuro, mais uma vez, desvalorizando as suas vivências, dirigindo sempre o diálogo para o paciente.

Desta forma, agilizei as minhas competências na área comunicacional, direcionando as entrevistas para o objetivo das mesmas, fornecendo o apoio necessário à família, que, muitas das vezes, referiram sentir-se melhor depois de terem conversado comigo, após uma escuta ativa dos seus medos e inquietações, salientando a importância do meu trabalho desenvolvido.

Considero que houve mais intensidade e expressão de sentimentos nas entrevistas realizadas em contexto de Cuidados Intensivos do que em contexto de Cuidados Intermédios, visto que os familiares encontravam-se em choque: o internamento do paciente verificou-se recentemente e, de uma forma geral, encontravam-se em estado bastante crítico, sem se saber o que poderia acontecer a qualquer momento, tendo sido diagnosticada instabilidade emocional.

A hospitalização de um familiar numa Unidade de Cuidados Intensivos ocorre, geralmente, de forma aguda e inadvertida, restando pouco tempo para uma adaptação familiar. Perante esta situação stressante, os familiares podem sentir-se desorganizados, desamparados, sem saber o que fazer, emergindo assim diversas necessidades (*Freitas et al, 2007*).

Desta forma, necessitei de desenvolver estratégias facilitadoras da comunicação (por exemplo, na realização das entrevistas, selecionei um local calmo, confortável, acolhedor e com privacidade para expressão de sentimentos/partilhas por parte da família, recorrendo a uma linguagem de fácil compreensão, sem recurso a termos técnicos, com sentido lógico e coerente para a família, incluindo declarações encorajadoras, como “admiro a sua coragem neste momento”, “vocês vão superar esta fase da vossa vida”).

Estas situações exigiram de mim o desenvolvimento de habilidades comunicacionais, tais como adequar o contexto físico para a abordagem à família, visto que, uma escolha de um local agitado, sem privacidade, pode comprometer a partilha de sentimentos e emoções vivenciadas pelos membros familiares, realizar uma identificação de necessidades/desejos da família, promover o envolvimento da equipa, transmitir informações do âmbito de enfermagem de forma gradual, utilizando um discurso claro e honesto, recorrer ao toque, dar espaço para a expressão de sentimentos e emoções, tendo eu conseguido gerir estas situações com sucesso, através do desenvolvimento da minha experiência no âmbito do apoio à família do paciente crítico. Tive também a oportunidade de desenvolver a minha

competência de realização de uma gestão adequada da comunicação interpessoal em situações de vivências complexas por parte da família do paciente crítico.

Desta forma, comuniquei os resultados obtidos à equipa de enfermagem, sensibilizando-os para a importância da prestação de cuidados não só ao paciente, mas também à sua família.

Relativamente à minha aplicação de conhecimentos adquiridos *à priori* em contexto do estágio, em situações novas e não familiares na área de prestação de cuidados ao paciente crítico, considero que desenvolvi uma prática baseada na evidência científica.

Na UCIPG, unidade onde são prestados cuidados de enfermagem altamente especializados, consegui aplicar em contexto de estágio os meus conhecimentos adquiridos *à priori*, visto que a componente teórica do Curso de Mestrado com EEMC contribuiu para uma aquisição de conhecimentos teóricos no âmbito da prestação de cuidados ao paciente crítico e família, bem como a minha experiência profissional em contexto de bloco operatório. No entanto, como limitação, considero que 180 horas de estágio não são suficientes para uma total aquisição de competências no âmbito da prestação de cuidados em contexto de Cuidados Intensivos, na área de EEMC, visto que a Unidade possui dinâmicas muito próprias.

No entanto, neste âmbito de prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, a UCIPG revelou-se um local rico de aprendizagens. Consegui identificar precocemente focos de instabilidade na pessoa a vivenciar situações críticas e/ou em falência orgânica, respondendo de forma antecipatória, prontamente e eficazmente, tal como é preconizado no ponto n.º 1 do Anexo I do Regulamento de Competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica da Ordem dos Enfermeiros (2010).

Por exemplo, num dos casos procedi à preparação antecipada de noradrenalina para perfusão antes da intubação endotraqueal de um paciente com um perfil de tensão arterial instável, num contexto de falência respiratória. Num outro caso, alertei a equipa de que um paciente estava com alterações cardíacas, que não tinha anteriormente, pelo que o membro da equipa médica foi alertado, tendo a equipa agido em conformidade

Quanto à tomada de decisão fundamentada e adequada em tempo útil, em situações não familiares, não tive a oportunidade de desenvolver de forma autónoma este ponto, mas tive a oportunidade de partilha com a Enf.^a tutora e restante equipa de situações decorrentes no serviço, sendo capaz de fundamentar a decisão escolhida. Por exemplo,

pedir autorização à Enf.^a tutora para colocar um colchão de pressão alterna, para prevenção de úlceras por pressão, a um paciente que viria do bloco operatório, após realização de cirurgia cardíaca durante várias horas, o que implicaria também um longo período de tempo de permanência em decúbito dorsal, demonstrando capacidade crítica e de discussão das minhas sugestões para uma melhoria da qualidade dos cuidados em situações não familiares.

Desta forma, considero ter atingido este objetivo traçado, visto que a minha prática de cuidados no serviço, apesar de ser autônoma, desenvolvida com a supervisão da Enf.^a tutora, não tinha consentimento para decidir livremente questões pontuais relacionadas com situações novas, mas considero ter fundamentado e discutido com a equipa a decisão mais correta.

Na UCIPG, a presença de dor nos pacientes internados era frequente, exigindo conhecimentos e habilidades profissionais no seu reconhecimento e tratamento, promovendo o conforto e bem-estar. Principalmente nos pacientes que se encontram incapazes de comunicar, como por exemplo, pacientes sedo-analgésicos com tubo endotraqueal ou traqueostomia, por vezes, é difícil compreender que estes se encontram com dor.

A dificuldade de comunicação faz com que haja uma necessidade emergente de prestação de cuidados diferenciada. O paciente ao enfrentar a situação de não poder comunicar, necessita de auxílio e atenção redobrados por parte da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados. A ansiedade, o desconforto e a insegurança sentidas pelos pacientes críticos, podem ser maximizados para aqueles cuja capacidade de comunicação se encontra limitada (*Kimura, 1984*).

Desta forma, é importante proceder à sua monitorização através da aplicação de Instrumentos de avaliação da dor, como a Escala de Faces de Wong-Baker, da observação do fâcies do paciente, e de possíveis alterações dos seus parâmetros vitais sugestivas de dor, ou seja, identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar. Quando adequado, promovi medidas alternativas de comunicação com os pacientes. Por exemplo, um dia estava perante um paciente que tinha sido traqueostomizado, com dificuldades em comunicar com a equipa. Desta forma, mostrava-lhe uma régua com a Escala de Fâcies de Dor, para que este pudesse sinalizar a dor que sentia, para agir em conformidade no tratamento da sua dor.

No âmbito do controlo da dor, verifiquei uma oportunidade de melhoria na UCIPG: o desenvolvimento de medidas não farmacológicas no controlo da dor.

Verifiquei que, a maioria dos enfermeiros, procediam ao controlo da dor através de medidas farmacológicas. No entanto, sensibilizei-os para a promoção de medidas não farmacológicas, muitas vezes em auxílio à terapêutica administrada, conseguindo que a equipa aderisse com sucesso às minhas sugestões. Por exemplo, colocar *phones* com música relaxante, posicionar o paciente mais confortavelmente no leito e reduzir a intensidade das luzes da unidade, constituem medidas que auxiliam o controlo da dor.

A música relaxante vai de encontro ao relaxamento com imaginação, visando aumentar o foco nas sensações de bem-estar, assim como na diminuição da tensão, ansiedade, depressão e dor relacionada com a inatividade, já o posicionamento no leito é desenvolvido com o objetivo de promover o conforto, promovendo uma sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal (OE, 2008).

Relativamente às medidas de controlo de infeção, tive sempre em atenção a promoção das mesmas, identificando situações complexas e sugerindo a implementação de intervenções de acordo com as situações verificadas. Estas são de extrema importância pois visam a prevenção das IACS.

Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, pretende-se que um enfermeiro especialista responda eficazmente na prevenção e controlo de infeção (*ponto 3, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2010*).

Apesar da UCIPG consistir num espaço amplo, apenas com uma central de enfermagem no seu núcleo, são aplicadas medidas de controlo de infeção: as camas possuem um bom distanciamento entre elas, a higienização das mãos é corretamente realizada pelos profissionais, é usado equipamento de proteção individual (EPI) quando necessário, cada unidade do paciente incorpora um conjunto do material mais usado para evitar entradas e saídas da unidade. Verifiquei também que são realizados ensinamentos aos familiares para sensibilizar para a importância da realização da desinfeção das mãos, e do uso de EPI..

A análise destes procedimentos é realizada por um Enf.º com EEMC, constituindo um elo de ligação que revela maior competência na área de controlo de infeção hospitalar, considerado como um profissional perito nesta área por possuir um leque de

conhecimentos mais vastos. Desta forma, realizei frequentemente uma avaliação crítico-reflexiva das condições de isolamento dos pacientes, dos procedimentos de prevenção e controlo de infeção desenvolvidos. Desenvolvi ainda conhecimentos relacionados com a gestão de resíduos hospitalares, identificando a sua dinâmica no serviço, tendo sensibilizado os profissionais para a importância da separação dos resíduos de papel e plástico (apesar de haver um balde do lixo para papel e outro para plástico, alguns profissionais não procediam à sua separação no local adequado).

Quanto ao estágio do **módulo I**, as atividades desenvolvidas no SU incluíram uma observação da dinâmica e rotinas do serviço, compreender o percurso que o paciente efetuada desde a sua admissão até à sua transferência para outro serviço, ou alta, e compreender o papel do enfermeiro em contexto de urgência.

Pude verificar que a triagem consiste numa área de extrema importância, onde foi perceptível o papel do enfermeiro na realização de uma correta identificação dos problemas, para que o reencaminhamento do paciente seja o mais adequado e que ocorra em tempo útil, tal como preconiza o Artigo 104º da Lei n.º156/2015 de 16 de Setembro, “Do direito ao cuidado”, em que o enfermeiro deve coresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, para não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento.

Pude verificar que a intervenção do enfermeiro, em conjunto com a equipa multidisciplinar, tem de ser rápida e eficaz, garantindo sempre, independentemente das circunstâncias, a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, pois é de realçar que, apesar de todos os fluxogramas existentes, o juízo crítico do enfermeiro é muito relevante, bem como a aplicação dos seus conhecimentos científicos, para detetar situações críticas, onde fará toda a diferença no atendimento do paciente.

Também verifiquei que existiam algumas oportunidades de melhoria no serviço.

Uma das questões que me fazia refletir era a implementação de um ambiente terapêutico seguro. Questionava-me, como é que os profissionais, com a permanência de um elevado número de pacientes e com alta rotatividade dos mesmos em cada departamento, com diagnósticos semelhantes, em que, geralmente, a única identificação que possuíam era a pulseira colocada na triagem, como é que contornam a elevada probabilidade de erro na sua prática de cuidados? Não é fácil trabalhar num serviço, com ambiente stressante, com pacientes a solicitarem auxílio ao mesmo tempo, familiares assustados com toda a situação,

cansados. Estes factos contribuem para o possível aumento do erro na prática de cuidados. Esta questão foi discutida em diversos momentos, tanto com a Enf.^a tutora, como com alguns elementos da equipa, que estavam conscientes para este facto.

Os enfermeiros têm o dever de excelência e, como consequência, assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente terapêutico seguro; a excelência constitui uma exigência ética, no direito ao melhor cuidado em que a confiança, a competência e a equidade se salientam. Controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional promove a qualidade dos cuidados, o que corresponde ao pleno desenvolvimento da obrigação profissional (OE, 2006).

Desta forma, para aumentar a segurança nos cuidados, quando me dirigia a algum paciente para realizar determinada técnica, procedia à impressão prévia de uma vinheta com a identificação do paciente, tendo sempre como base a sua privacidade, confirmando sistematicamente a identificação com a pulseira dos pacientes. Pude verificar que, após o desenvolvimento desta técnica, alguns profissionais optaram por realizar o mesmo. Realizei uma partilha desta minha atividade realizada, refletindo com alguns enfermeiros acerca da pertinência da mesma para o aumento da segurança dos cuidados, servindo como uma validação da identificação do paciente, alvo dos cuidados a serem prestados. Desta forma, verificou-se um ganho para o serviço, conseguindo ter melhorado a qualidade e segurança dos cuidados prestados no SU, papel este de um enfermeiro com EEMC, que possui conhecimentos desenvolvidos na área do cuidar do paciente crítico.

Relativamente à minha prática de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, considero ter apresentado um bom desempenho, pois, tal como referi anteriormente, desenvolvo a minha prática profissional no bloco operatório, serviço de prestação de cuidados a pacientes críticos. Considero sim que tive, numa fase inicial, uma necessidade de familiarização com o funcionamento do circuito do paciente no SU, desde a sua admissão até à sua saída/transferência. No entanto, com a contínua realização de turnos de estágio, bem como o apoio fornecido pela equipa interdisciplinar, numa fase intermédia de estágio já me sentia confiante na minha prestação de cuidados, mas considero que, para uma prática de cuidados de excelência, seria necessário mais tempo de estágio, visto que este serviço é bastante abrangente, e cada departamento possui as suas especificidades.

No SU, pude verificar que alguns enfermeiros do serviço não estavam sensibilizados para a importância da assistência da família nas suas perturbações emocionais.

A comunicação e a relação de ajuda não são somente uma escolha do enfermeiro, elas constituem uma dimensão da qualidade dos cuidados (*Phaneuf, 2004*). O SU revelou-se um local rico para desenvolver o meu trabalho no âmbito das vivências da família do paciente crítico, estabelecendo, sempre que possível, uma relação empática, de apoio e respeito. Por exemplo, estive perante um paciente ao qual foi diagnosticado uma neoplasia pulmonar. Este estava em choque, em sofrimento, com dificuldade respiratória, mas, para além disso, o que o preocupava era o sofrimento da sua família perante esta situação. Pediu-me para o deixar morrer, que não queria prolongar mais este sofrimento, tanto para ele, como para a sua família. Referiu não querer que o vissem à hora da visita, pois isso iria causar-lhes mais sofrimento, pelo que me sentei junto dele e conversamos durante algum tempo. Encorajei-o a superar esta fase da vida, através de palavras de apoio, incentivo, e que deveria contar com o apoio da sua família, pois de certeza que seria mais fácil apoiarem-se mutuamente nesta situação tão difícil e angustiante.

Considerou a minha proposta de aceitar a visita familiar. Falei com a família antes da sua entrada no serviço, tendo sempre em atenção o direito de sigilo por parte do paciente relativamente ao seu diagnóstico e dados que lhe são inerentes, e acompanhando-a neste processo. Tal como refere *Inaba e colegas (2005)*, não basta deixar entrar a família do paciente crítico nos serviços, é necessário acompanhá-la, preparar esta entrada, questionar acerca da existência de dúvidas, esclarece-las, observar as reações e comportamentos da família, entender as suas emoções, cuidando dos mesmos.

Existe uma necessidade por parte da família em comunicar com os enfermeiros, durante os horários das visitas, para receber orientações e esclarecer dúvidas, assim como, satisfazer a sua necessidade de conforto, de receber palavras carinhosas e atenção (*Inaba e colegas, 2005*).

Duas semanas depois, após a sua alta, o paciente dirigiu-se ao SU para agradecer o apoio que lhe dei, que nunca se esquecerá das minhas palavras de apoio e conforto.

Enfermagem não consiste apenas no desenvolvimento de técnicas, mas sim neste apoio que é tão importante nesta fase vulnerável da vida dos pacientes e suas famílias.

Neste módulo de estágio, realizei um trabalho intitulado de “Vivências da Família da Pessoa internada em situação de Doença Crítica”, em conjunto com outra colega que se

encontrava a realizar estágio no mesmo local, do mesmo Curso (apêndice 5), sendo realizada uma pesquisa bibliográfica aprofundada nesta temática tão importante na prestação de cuidados de enfermagem.

Esta pesquisa foi efetuada para elaboração do *Abstract* “Family experiences of the Internalized Person in Situation of Critical Illness: Integrative Revision” (apêndice 5), tema adequado para participação no 4º Congresso Internacional de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, a realizar em Maio de 2018, tendo já obtido um parecer positivo de participação no mesmo, pelo que foi elaborado um póster nesse âmbito (apêndice 5).

A participação neste Congresso revela-se enriquecedor para mim, para transmissão e disseminação de conhecimento na área avançada e especializada do cuidar em Enfermagem, no âmbito das vivências familiares face ao internamento da pessoa em situação de doença crítica.

A realização deste *Abstract* é de extrema importância no âmbito da EEMC, visto que o que se pretende da Profissão de Enfermagem, é que esta seja capaz de criar conhecimento numa perspetiva de cuidados de enfermagem e na procura de melhoria da qualidade de vida e bem-estar das pessoas, e, ao focarmos a nossa atenção no desenvolvimento de competências, devemos ter sempre presente que, com a experiência e o domínio adquiridos na excelência da prática de cuidados, a competência transforma-se e essa mudança conduz a uma melhor atuação, tornando-se num enfermeiro perito (*Benner, 2005*).

Relativamente à gestão da dor e promoção do bem-estar, verifiquei que, no SU, existe uma enorme afluência de pacientes com dor, e, devido a experiências anteriores, ao seu estado de ansiedade, os tempos de espera por vezes elevados, o próprio ambiente hospitalar em si, repleto de pacientes onde o sofrimento e a dor sobressaem, manifestam sinais e sintomas de dor que devem ser analisados criteriosamente, para não se correr o risco de sobrevalorizar a dor referida pelo paciente. Cada ser humano é único, e os enfermeiros sabem que não se podem generalizar respostas, perceções e comportamentos, principalmente no que se refere à dor.

A dor é um fenómeno altamente subjetivo, podendo influenciar a mente, bem como a própria dor pode ser modificada pelo estado psicológico e emocional. É uma experiência física e emocional que, quando não controlada, causa ansiedade e depressão, o que muitas das vezes exacerba o sintoma da dor (*Barbosa e Neto, 2010*). Desta forma, desenvolvi a minha prática direccionada para a gestão do controlo da dor, recorrendo, de uma forma

geral, à Escala de Faces de Wong-Baker, agindo em conformidade através da gestão medicamentosa de acordo com o resultado identificado pelos pacientes como exato.

Devido ao ambiente ruidoso, sem condições físicas ideais, ao elevado número de pacientes existentes em cada departamento do SU, e a sua alta rotatividade, nem sempre foi possível desenvolver medidas não farmacológicas para controlo da dor. Sempre que havia oportunidade, colocava pacientes com dor em locais mais resguardados, um pouco mais distante da agitação muitas vezes sentida no corredor principal, onde não havia tanta luminosidade. Mas, nem sempre foi possível proceder desta forma, devido às contingências verificadas. No entanto, sensibilizei os profissionais do serviço a procederem desta forma, discutindo, de forma clara, a fundamentação deste tipo de cuidados desenvolvidos, tendo os mesmos aceitado a minha proposta, atuando deste modo, sempre que as condições do serviço permitiam.

Relativamente ao controlo de infeção no SU, verifiquei que existiam oportunidades de melhoria a serem realizadas. O serviço não dispunha de recursos físicos suficientes, adequados a uma eminente afluência de pacientes e, no momento em que desenvolvi o meu estágio, verifiquei um elevado número de pacientes com infeções respiratórias, estados gripais e pneumonias, transferidos de outras instituições hospitalares necessitando, assim, de medidas de isolamento de contacto e aéreo. Nestes casos, seria necessário estabelecer medidas de prevenção do controlo de infeção, de modo a evitar a contaminação de outros pacientes, como por exemplo, a existência de unidades individuais ou com partilha com outros pacientes infetados com o mesmo microorganismo, o uso de luvas e lavagem das mãos sempre que se entra em contato com algum paciente, o uso de bata sempre que se prevê um contato direto com o paciente infetado, o equipamento deverá ser exclusivamente usado no paciente e, após o seu uso, deverá ser realizada uma limpeza e desinfecção adequadas, e devem ser transmitidos conhecimentos e informações ao paciente e família nesse sentido.

Desta forma, desenvolvi a minha prática de cuidados fomentando o controlo de infeção, de acordo com os recursos disponíveis, realizando algumas sugestões de melhoria ao serviço: tentava manter algum distanciamento entre macas com pacientes (no entanto, muitas das vezes não era possível devido ao reduzido espaço e ao elevado número de pacientes que permaneciam no mesmo), incentivei os pacientes a desenvolver boas práticas de etiqueta respiratória através da realização de medidas preventivas, ou explicação de procedimentos

e recomendações, bem como coloquei vários SABA em locais acessíveis tanto aos profissionais como pacientes e familiares, incentivando-os a usar frequentemente.

Apesar de todas as precauções, todas as recomendações efetuadas aos pacientes e familiares, e sensibilização aos profissionais de saúde para adesão a estas medidas de controlo de infeção, a estrutura e o espaço físico do SU induzia, por vezes, à quebra das recomendações básicas. O SU apenas dispunha de um espaço com capacidade para três camas, para colocação de pacientes infetados, o que não se revela suficiente devido ao elevado número de pacientes que, por norma, se encontravam no SU.

De uma forma geral, tanto os profissionais, como os pacientes e seus familiares acataram as recomendações efetuadas, tendo efetuado reforço positivo quando verificado o desenvolvimento destas medidas.

No entanto, o serviço já se encontra em remodelação, pelo que, num futuro próximo, já possuirá melhores condições físicas, fomentando assim, uma boa prática de cuidados com base no controlo de infeção.

Em suma, através da realização das atividades mencionadas, alcancei os objetivos por mim definidos numa fase inicial, nomeadamente na compreensão da dinâmica da UPCIG, da UCIPG e do SU, no estabelecimento de um ambiente terapêutico seguro, na aplicação dos meus conhecimentos adquiridos *à priori* em contexto de estágio na prestação de cuidado à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, na assistência da pessoa e sua família nas perturbações emocionais consequentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, na gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do estado de saúde, na gestão do estabelecimento da relação terapêutica face à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, na gestão de forma diferenciada a dor e o bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas, e na análise do desenvolvimento de procedimentos de prevenção e controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção. O alcance destes objetivos foi conseguido através de empenho pessoal, estudo individual, reflexões desenvolvidas de forma individual e com a equipa multidisciplinar, desenvolvendo as competências esperadas como futura enfermeira especialista, no âmbito do domínio da Melhoria Contínua da Qualidade. Ou seja, adquiri competências no âmbito do domínio da Melhoria da Qualidade, desempenhando um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação

clínica, concebendo, gerindo e colaborando na melhoria contínua da qualidade dos serviços, criando e mantendo um ambiente terapêutico seguro.

2.3.DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

Nos últimos tempos, a importância que os profissionais têm no seio de uma instituição é cada vez maior, assumindo a adoção de estratégias que têm o sucesso como objetivo, tornando-se competitivos. Neste sentido, a gestão dos recursos humanos tem de sensibilizar os seus elementos para que se sintam como parte integrante, e para adotarem uma postura proactiva no que refere ao alcance dos resultados estabelecidos pela Instituição. A qualidade resulta de um comportamento por parte da Organização que se centra nos seus elementos e que incentiva o seu envolvimento (*Maximiano, 2005*).

Desta forma, o Enfermeiro-Chefe, Coordenadores de equipa e Responsáveis, como líderes, possuem um papel de extrema importância na gestão de recursos humanos, influenciando o envolvimento, desempenho, execução do trabalho, motivação, satisfação e, como consequência, a produtividade da equipa.

De certa forma, a liderança pode ser compreendida como um processo de influenciar o grupo, para a execução dos objetivos traçados, possuindo um papel importante para a eficácia e eficiência de qualquer organização (*Carneiro, 2009*).

Esta é definida por *Campos e colegas (2009)* como um conceito temporâneo da gestão, que privilegia as relações pessoais, a negociação e a comunicação, não contemplando atitudes autoritárias.

Já para *Curtis e O'Connell (2011)*, a liderança caracteriza-se por um processo de influenciar as pessoas para que façam as suas tarefas de livre vontade e de forma entusiasta, tendo em vista o atingir dos objetivos do grupo.

É importante o desenvolvimento de competências técnicas e científicas de um enfermeiro, como também é atribuída uma grande importância às suas competências do âmbito comunicacional, interpessoal e relacional, considerando-as imprescindíveis para uma melhor gestão de conflitos e resolução de problemas, para o desenvolvimento de um bom

ambiente de trabalho, com elevado nível de motivação e satisfação dos profissionais (Aguilar *et al*, 2005).

Desta forma, o objetivo por mim alcançado no âmbito do domínio da Gestão dos Cuidados foi:

- Colaborar na gestão dos cuidados de enfermagem.

No estágio do **módulo III**, verifiquei como o Enf.º Coordenador elaborava a escala mensal, atendendo ao grau de formação de cada elemento, bem como experiência profissional (colocava, pelo menos dois enfermeiros com vasta experiência na prestação de cuidados ao paciente crítico, por turno).

O Enf.º responsável por turno estava incumbido de realizar a distribuição de pacientes por enfermeiro e assistente operacional, visto que o serviço possuía rotatividade de pacientes, e o grau de criticidade dos pacientes é muito variável, o número de pacientes atribuídos por elemento é oscilante.

Desta forma, o Enf.º responsável por turno realizava esta gestão, que, normalmente é um Enf.º especialista, sendo considerado um perito na área da gestão, que possui mais conhecimentos nesse âmbito: a gestão é uma competência do enfermeiro especialista.

A gestão na área de enfermagem inclui a gestão de cuidados, recursos humanos, recursos materiais e equipamentos (*Decreto-Lei n.º 247/2009*). O enfermeiro especialista é também responsável pela gestão do cuidar em enfermagem, com o objetivo de promover o cuidado, com base no respeito pela pessoa, assegurando os cuidados de saúde humanizados e de qualidade num contexto de otimização dos recursos disponíveis (*Rocha, 2004*).

Assim, salienta-se a importância de os enfermeiros possuírem capacidades e qualidades de liderança, visto que na prática diária de cuidados lidam com ambientes que promovem a gestão de cuidados de saúde, pessoas, famílias, bem como a gestão de situações que envolvem outros profissionais (*Curtis e O'Connell, 2011*).

No que refere à gestão do material, esta era da responsabilidade do Enf.º Chefe da UPCIG. A gestão dos recursos materiais em enfermagem deve ser vista como uma atividade que permita verificar as condições de trabalho, a qualidade e quantidade de material, tendo sempre como objetivo a excelência dos cuidados a serem prestados ao paciente e família. Uma adequada gestão de material pressupõe um planeamento e estabelecimento de objetivos, um conhecimento dos meios disponíveis, avaliação das necessidades e um controlo da gestão efetuada (*Frederico e Leitão, 1999*).

Já na área da gestão dos cuidados, é fundamental que o enfermeiro faça uma gestão de todo o processo de enfermagem, ou seja, na colheita e análise de dados, no diagnóstico, planejamento, intervenções e avaliação, bem como do método de trabalho e organização dos cuidados prestados.

Muitas das vezes, a Enf.^a tutora, como responsável de turno, necessitava de organizar os cuidados prestados. Por exemplo, quando um paciente necessitava de realizar algum exame diagnóstico, o transporte intra-hospitalar deste era com acompanhamento do enfermeiro que estava atribuído a esse paciente, tendo a Enf.^a responsável de turno que reorganizar temporariamente a prestação de cuidados aos restantes pacientes dessa Enf.^a que se ausentara do serviço por determinado tempo.

Deste modo, acompanhei a Enf.^a tutora na prestação de cuidados diária, bem como nas suas funções de responsável de turno, auxiliando-a na liderança da equipa, acompanhando-a em atividades de gestão do serviço, como por exemplo, gestão de recursos humanos através da elaboração de planos de trabalho diários.

Também desenvolvi em conjunto com a Enf.^a tutora várias reflexões acerca do papel do enfermeiro especialista na área da gestão, pois este é considerado o elemento com mais competências na área de gestão devido aos seus conhecimentos avançados nesta temática.

Já no estágio do **módulo II**, tive a oportunidade de verificar como a Enf.^a Coordenadora realizava a distribuição dos pacientes e assistentes operacionais por paciente por turno, de acordo com a formação específica de cada elemento, bem como do grau de criticidade dos pacientes e vagas existentes.

Observei ainda como é efetuada a reposição de fármacos e de materiais, para uma adequada prestação de cuidados de saúde no serviço com recursos adequados, conseguindo desenvolver as minhas competências na área de gestão dos cuidados, podendo transpor novos conhecimentos para a minha vertente laboral, visto que, no meu âmbito laboral, sou responsável pela gestão de recursos humanos e materiais.

Durante este estágio, tive a oportunidade de colaborar com a Enf.^a tutora na revisão do carro de emergência. Este constitui um recurso material essencial na prestação de cuidados de emergência, sendo a sua existência preconizada nas instituições de saúde, em que, para a sua organização e manutenção, devem existir normas padronizadas e uniformizadas. As normas de funcionamento do carro de emergência seguem as recomendações da *Orientação da Direção Geral de Saúde n.º008/2011* ou seja, o carro tem de estar sempre

selado, após cada utilização, a sua reposição é da responsabilidade do enfermeiro responsável pelo paciente, a lista de material constituinte é standardizada, devendo existir as quantidades exatas pré-definidas na *check-list*, a verificação do material deve ser realizada de acordo com a lista de verificação do material e equipamento. Deve ainda existir uma folha onde está mencionado o número do selo que fecha o carro de emergência, e deve ser assinada por quem o verifica, devendo ser, também, estabelecida uma verificação periódica.

Desta forma, durante este estágio, colaborei sempre na verificação do carro de emergência, no que respeita ao seu funcionamento e conteúdo, tendo em conta as normas e recomendações da *Orientação da Direção Geral de Saúde n.º 008/2011*.

Relativamente à gestão dos cuidados, verifiquei que a distribuição dos pacientes por enfermeiro por turno, era efetuada pelos enfermeiros responsáveis do turno anterior, normalmente, especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, considerados os profissionais com mais experiência e conhecimentos na área da gestão, atribuindo pacientes com situações mais complexas da prática de cuidados a enfermeiros com mais experiência na área do paciente crítico.

O enfermeiro especialista assume um papel preponderante, quer na orientação dos profissionais de enfermagem quer na prestação de cuidados, uma vez que esta gestão dos cuidados ao paciente crítico constitui uma área bastante complexa. Esta gestão direcionada ao paciente crítico difere da gestão de outra tipologia de pacientes devido a vários fatores, nomeadamente devido à existência de uma base de dados em mudança constante, existência de um maior número de problemas complexos, necessidade de uma reorganização frequente dos cuidados para estabelecimento de prioridades, existência de uma maior variedade de equipamentos e metodologias de monitorização de alterações da situação do paciente em estado crítico e devido a limitações de tempo impostas pelo estado do paciente, em constante alteração (*Phipps e colegas, 2003*).

No **estágio do módulo I**, acompanhei os Enfermeiros Coordenadores na função de gestão de cuidados, de recursos humanos e materiais, para compreender de forma adequada esta dinâmica que vai de encontro ao papel do Enfermeiro com EEMC.

Relativamente à gestão dos recursos humanos e gestão de cuidados, este tema revela-se um desafio devido à elevada mutabilidade constante do serviço.

Os cuidados prestados no SU exigem rapidez, eficiência, conhecimento científico e habilidade técnica. Assim, a capacidade dos elementos da equipa, a coordenação e cooperação entre os mesmos, bem como a estrutura física e os equipamentos disponíveis, contribuem para um melhor desempenho por parte dos profissionais e, como consequência, para uma melhoria do atendimento aos pacientes em risco de vida (*Costa e Costa, 2007*).

Desta forma, é o Enf.º Coordenador o profissional que elabora a distribuição de enfermeiros por turno e por alocação do departamento do SU, e realiza os ajustes necessários no decorrer do mesmo, de acordo com a afluência às diferentes áreas.

Na área da gestão dos recursos materiais, solicita aos serviços de apoio, como por exemplo, à farmácia, recursos necessários à prestação de cuidados naquele turno. Quanto ao material de aprovisionamento utilizado, este é repostado por níveis: dirige-se ao SU um elemento do aprovisionamento para verificar a necessidade de reposição do material.

Atualmente, dentro das organizações de saúde, existem serviços especializados de aprovisionamento, que assumem a responsabilidade sobre as atividades relacionadas com os materiais. O serviço de aprovisionamento tem como objetivo garantir a disponibilidade de bens e serviços necessários ao funcionamento dos serviços de saúde, na quantidade e qualidade adequadas, no momento oportuno e pelo menor custo possível (*Frederico e Leitão, 1999*).

Relativamente à gestão dos cuidados, estes salientavam-se na sua capacidade de organização, estabelecimento de prioridades, perspicácia, eficiência, efetividade e capacidade de organização, devido às suas competências de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, possuindo um maior leque de experiência na área de gestão de cuidados.

Relativamente ao processo de enfermagem, este é o mesmo tanto no que se refere a pacientes críticos como a outra tipologia de pacientes. No entanto, a gestão de cuidados prestados ao paciente crítico requer o estabelecimento de uma base de dados, a identificação célere de potenciais ou reais problemas, o estabelecimento de prioridades, a definição de critérios para o alcance de resultados, a execução de intervenções definidas, bem como a alteração de intervenções, metas e objetivos traçados, com base nos resultados observados. Desta forma, esta gestão dos cuidados prestados ao paciente crítico requer uma base de dados em constante mudança, existindo um maior número de problemas complexos, sendo necessária uma constante reorganização de prioridades. Também existe uma maior variedade de equipamentos e métodos de monitorização das alterações da

situação clínica do paciente, e limitações de tempo de atuação perante o estado do paciente em constante mudança (*Phipps et al, 2003*).

Os enfermeiros que têm maior percepção de suporte organizacional no modelo de gestão de unidades de saúde poderão contribuir para a eficiência, visando a melhoria contínua da qualidade. Esta eficiência é percebida como uma medida do custo exigido para atingir qualquer melhoria num sistema de saúde como uma relação entre os custos e os resultados, utilizando os recursos disponíveis.

Verifiquei que os Enfermeiros que assumiam a coordenação do turno, eram especialistas, pois são considerados peritos na gestão de cuidados, por possuir mais conhecimentos referentes a esta área de competência.

Observei ainda que os elementos da equipa trabalham de forma individualizada, ou seja, através da implementação do método de trabalho individual, contudo, é fomentado o espírito de trabalho em equipa e de entreajuda. Isto é, no método de trabalho individual, a responsabilidade de todos os cuidados durante o turno de trabalho é atribuído a um enfermeiro, que avalia e coordena os cuidados (*Kron e Gray, 1994*).

No entanto, também é fomentado o trabalho em equipa, colaborando uns com os outros, adaptando a sua atividade e comportamentos às necessidades da equipa, sendo portanto necessário haver envolvimento, uniformidade de atuação, informação, planeamento e atualização permanente (*Pontes et al, 2008*).

No exercício da minha prática laboral, também exerço funções de coordenação, pelo que estas oportunidades proporcionaram-me o desenvolvimento de competências para uma maior capacidade de tomada de decisão, de gestão de recursos dinâmica e eficaz, conduzindo-me a uma postura crítico-reflexiva sobre a dificuldade existente na organização de uma equipa e como é determinante o método de trabalho adotado pela mesma.

Assim, atingi o meu objetivo de colaborar na gestão dos cuidados de enfermagem, através da realização das atividades referidas, adquirindo competências nesse domínio, gerindo os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, e a articulação na equipa multiprofissional, adaptando a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados (*OE, 2011*)

2.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DE APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

De acordo com o *Artigo 8º do Regulamento n.º 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2011)*, as competências do domínio das aprendizagens profissionais consistem num desenvolvimento de autoconhecimento e assertividade, em que os enfermeiros baseiam a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

O enfermeiro especialista, por possuir uma formação mais específica na área de prestação de cuidados ao paciente crítico e uma visão alargada de toda a prestação de cuidados em geral, assume um papel fundamental, como agente de mudança, refletindo sobre as práticas diárias de enfermagem em conjunto com a restante equipa.

Existem novos conhecimentos na área de atuação em enfermagem, exigindo ao enfermeiro uma constante atualização, de modo a este adaptar-se às novas exigências profissionais (*Pontes e colegas, 2008*), indo de encontro aos objetivos por mim alcançados no âmbito do domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, nomeadamente:

- Manter, de uma forma autónoma e contínua, o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional direcionado ao paciente crítico;
- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e pessoal, e da minha formação pós-graduada.

Neste âmbito, o que considero ter sido uma das maiores áreas de aprendizagem e de aquisição de conhecimentos, foi a área da investigação, pois, durante o meu percurso, pois tive a necessidade de realizar uma pesquisa bibliográfica aprofundada em bases de dados para a realização dos trabalhos.

O conhecimento sobre a utilização e consulta de bases de dados é fulcral na atualidade para que os enfermeiros possam fazer produção científica pois, só deste modo, conseguiremos dar visibilidade à profissão de Enfermagem. A investigação é fundamental para o desenvolvimento, avaliação e expansão do conhecimento em Enfermagem e é essencial

para a excelência da disciplina e da profissão, bem como para a melhoria da saúde das comunidades.

O processo de aprendizagem/formação é indispensável para a melhoria de qualidade dos cuidados prestados em Enfermagem.

No âmbito do estágio do **módulo III**, realizei uma pesquisa bibliográfica acerca das vivências da família do paciente crítico, para aprofundar conhecimentos relativamente às vivências e necessidades familiares, elaborando o guia de entrevista para realização de entrevistas aos familiares de referência dos pacientes da UPCIG, tal como referi no capítulo 2.2 deste relatório (domínio da Melhoria da Qualidade).

Este módulo de estágio constituiu a fase em que necessitei de desenvolver mais as minhas habilidades e competências na realização de pesquisa bibliográfica: era o primeiro momento do meu percurso académico e profissional em que necessitei de efetuar pesquisa em bases de dados científicas. Mas, com o auxílio da Professora orientadora e da Enf.^a tutora, com o meu empenho e pesquisas consequentes, consegui superar estas minhas dificuldades.

Também realizei uma pesquisa acerca da necessidade de algaliação/manutenção do cateter vesical no doente crítico, tal como também abordei no capítulo 2.2 deste relatório, aprimorando a minha capacidade de realização de pesquisa em bases de dados científicas.

As pesquisas científicas revelaram-se de extrema importância, não só relativamente ao estágio desenvolvido, mas também para o meu percurso profissional, pois existem novos conhecimentos neste âmbito de atuação de enfermagem, exigindo ao enfermeiro uma constante atualização, para uma boa adaptação às novas exigências profissionais.

No estágio do **módulo II**, também foram realizadas entrevistas aos familiares dos pacientes da UCIPG, para identificar quais os sentimentos e necessidades da família do paciente crítico, dando continuidade à temática das vivências da família do paciente crítico. Desta pesquisa, foi elaborado o Trabalho “Vivências da Família do Paciente Crítico”, como já foi referido anteriormente, adaptando o Guia de Entrevista anteriormente formulado para aplicação no estágio do módulo III.

Uma das características de uma profissão, é o aumento do seu corpo de conhecimentos próprio, resultante da investigação. Apenas com um corpo de investigadores poderemos

dar à Enfermagem uma boa base científica com o objetivo de fundamentar as práticas desenvolvidas (Vieira, 2009).

No entanto, na UCIPG, para além de ter desenvolvido as minhas aprendizagens profissionais no âmbito da realização da pesquisa científica, tive a oportunidade de adquirir conhecimentos acerca de duas técnicas invasivas muito frequentemente desenvolvidas no serviço: visualizar e colaborar na colocação de cateteres de diálise, iniciando a técnica de substituição renal, bem como observação da colocação e remoção de cânulas nos pacientes para realização da Oxigenação por Membrana Extra Corporal (ECMO).

Desta forma, exigiu de minha parte uma postura reflexiva face a estes procedimentos, nomeadamente acerca da necessidade de realização das mesmas, se foram desenvolvidas após esclarecimento da sua realização ao paciente (se aplicável), ou à pessoa significativa do mesmo, se houve obtenção do consentimento, se as técnicas foram desenvolvidas nas condições adequadas, se foi promovida a privacidade do paciente, antecipando também qualquer intercorrência que daí pudesse resultar.

A realização deste estágio também me permitiu desenvolver aprendizagens no que se refere à formulação e posterior resolução de questões problema mais complexas relacionadas com a prestação de cuidados ao paciente crítico, com o objetivo de promover uma melhoria dos mesmos, à gestão de cuidados, de recursos humanos e materiais, à utilização de equipamentos necessários em contexto de cuidados intensivos, à identificação eficaz e eficiente dos principais problemas e complicações que surgem no paciente crítico, de forma a atuar precoce e atempadamente.

De acordo com o ponto n.º1 do Anexo n.º1 do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica, da Ordem dos Enfermeiros (2010), o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística, considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica e à sua família, pelo que necessitei de aprofundar os meus conhecimentos na área de prestação de cuidados ao paciente crítico, através da realização de pesquisas bibliográficas e estudo pessoal, para assim, desenvolver as minhas competências na área da EEMC.

No âmbito do estágio do **módulo I**, realizei um trabalho intitulado de “Vivências da Família da Pessoa em situação de Doença Crítica”, para realização do *Abstract* “Family

experiences of the Internalized Person in Situation of Critical Illness: Integrative Revision” (apêndice 5), para participação no 4º Congresso Internacional de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, a realizar em Maio de 2018, tal como referido anteriormente.

Este tema revela-se bastante pertinente no âmbito do SU, pois é necessário efetuar uma sensibilização dirigida aos profissionais de saúde para a importância que a família do paciente crítico desempenha, englobando esta no alvo do cuidar, que se revela a essência da Enfermagem.

A admissão de um paciente numa unidade centrada na prestação de cuidados à pessoa em situação de doença crítica, revela-se normalmente traumática para a família, tendo um grande impacto na sua vida, podendo resultar num momento de crise, potenciador de ansiedade. O medo da morte, incerteza do futuro, perturbações emocionais, preocupações financeiras, mudanças de papéis e rotinas, e o ambiente hospitalar constituem algumas fontes que proporcionam ansiedade na família da pessoa em situação de doença crítica (*Leske, 2002*).

De acordo com *Silva (2008)*, a enfermagem assume uma importância extrema na prática baseada na evidência, que sugere uma relação não só entre teóricos e os práticos, mas também entre a teoria e a prática, vendo a pesquisa como geradora de conhecimento que constrói, suporta e determina o desempenho profissional.

Principalmente neste módulo de estágio, sinto que, a nível pessoal, este contribuiu para que desenvolvesse a minha capacidade de adaptação a novos ambientes, mesmo sem recursos suficientes para uma adequada prestação de cuidados, bem como a capacidade de organização num ambiente que é desorganizado e sem rotina, conseguindo efetuar uma boa gestão do espaço e dos cuidados prestados, capacidades estas inerentes ao Enfermeiro com EEMC. Tive a oportunidade, também, de desenvolver as minhas competências na área de gestão de cuidados, materiais e recursos humanos, transpondo assim estes conhecimentos para a minha área laboral, resultando numa melhoria de cuidados de enfermagem.

Considero, então, que alcancei o meu objetivo de manter, de forma autónoma e continua, o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional direcionado ao paciente crítico. Desenvolvi os meus conhecimentos através da realização de pesquisa bibliográfica, da partilha de experiências dos profissionais dos vários módulos de estágio comigo, da realização de reflexões sobre a prática de enfermagem nos diferentes contextos de estágio.

Quanto ao meu objetivo pessoal de gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e pessoal, e da minha formação pós-graduada, considero também o ter alcançado com sucesso. Considero que a componente teórica abordada nas aulas em contexto do Curso de Mestrado com EEMC foi de extrema importância para o meu desempenho em estágio.

Desta forma, desenvolvi as minhas competências no âmbito do domínio das aprendizagens profissionais, desenvolvendo o meu autoconhecimento e assertividade, baseando a minha praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE, 2011).

3. CONCLUSÃO

Os estágios são considerados momentos em que é permitido agir numa perspectiva crítico-reflexiva, através da aquisição/melhoria de competências na área da EEMC, através da identificação de situações, planeamento/implementação de estratégias e desenvolvimento de atividades com o objetivo de atingir os objetivos inicialmente definidos.

O estágio é considerado um tempo de trabalho, de observação e de aprendizagem, que envolve não apenas o desenvolvimento de competências associadas à assistência, mas também um conjunto de transformações e mudanças pessoais que se constituem como requisitos para prestar cuidados de saúde.

Considero que, cada etapa deste percurso de ensino/aprendizagem, constituiu um desafio, no qual a motivação, a perseverança e empenho estiveram sempre presentes. Cada módulo de estágio se revelou enriquecedor para mim, promovendo-me momentos ricos de aprendizagem, proporcionando-me excelentes oportunidades para adquirir/aprofundar conhecimentos e competências, que me permitem, enquanto futura enfermeira especialista, agir com um elevado nível de qualidade.

Os estágios dos módulos II e III, foram desenvolvidos em locais onde são prestados cuidados baseados em princípios científicos e técnicos, exigindo aos profissionais sólidas competências, dada a especificidade e complexidade das situações. Esta minha experiência demonstrou-se muito importante para o desenvolvimento de competências na área da EEMC. Caracterizo estes dois estágios pela variedade e complexidade das situações críticas que requerem aprofundados conhecimentos, mas também maturidade pessoal e profissional para lidar com situações complexas, para cuidar

de cada pessoa e sua família. Desenvolvi conhecimentos, habilidades e competências para cuidar da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, bem como pacientes com necessidade de técnicas dialíticas, pessoas a realizar ECMO, bem como pacientes em falência multiorgânica.

Quanto ao estágio do módulo I, o SU constitui um local rico de aprendizagens, com dinâmicas próprias, o que também me fez refletir numa perspetiva de futura enfermeira especialista, com base nas possíveis melhorias a serem realizadas no serviço.

Relativamente às “Vivências da Família do Paciente Crítico”, para mim, intervir nesta temática revelou-se um desafio para mim, ter que lidar e apoiar a família que se encontra em plena vivência de dor, angustia e *stress*. Apesar de ter melhorado os meus conhecimentos nesta área, considero que o desenvolvimento deste meu trabalho tornou-me numa profissional com mais sensibilidade para abordar estas questões, tendo mais habilidades técnicas e emocionais para lidar com estas situações.

No âmbito da Melhoria da Qualidade, no estágio do módulo I elaborei o *Abstract* “Family experiences of the Internalized Person in Situation of Critical Illness: Integrative Revision”, para participação no 4º Congresso Internacional de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, a realizar em Maio de 2018, tendo já obtida resposta positiva de participação, tendo elaborado um Póster Científico, no estágio do módulo II realizei entrevistas à família, das quais resultaram o Trabalho “Vivências da Família do Paciente Crítico”, e, por fim, no estágio do módulo III, realizei o Artigo Científico “Sentimentos da Família do Doente Crítico em contexto de Internamento” como resultado também da realização de entrevistas à família do paciente crítico, que foi submetido para publicação para os Cadernos de Saúde do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, encontrando-me a aguardar o parecer dos revisores, o Artigo Científico “Revisão Integrativa: Avaliação da Necessidade de Algáliação/Manutenção do Cateter Vesical no Doente Hospitalizado”, que também foi submetido para publicação nos Cadernos de Saúde do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, encontrando-me também a aguardar parecer, e um Manual de Integração para a Unidade.

A minha frequência nestes três módulos de estágio revelou-se enriquecedora para mim como futura enfermeira especialista, transpondo ganhos e contributos para o meu percurso profissional e académico. Tive a oportunidade de adquirir, aprofundar e desenvolver competências da área técnica, científica, ética e relacional, na vertente dos

cuidados especializados na área de EEMC, bem como a análise crítico-reflexiva de situações complexas.

A aquisição do grau de Mestre em Enfermagem com EEMC é de especial importância para o desenvolvimento da Enfermagem, pois, cada vez mais, esta deve investir a nível da formação, da gestão e da investigação, contribuindo para a melhoria dos cuidados. Pretendo, assim, continuar a aplicar as competências melhoradas e adquiridas, no contexto profissional, fomentando a reflexão, a análise crítica, incentivando a pesquisa, com o intuito de dar visibilidade e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao paciente crítico e sua família.

Em suma, foram atingidos os objetivos a que me propus numa fase inicial, sentindo algumas dificuldades ao longo deste percurso. Estas foram encaradas como desafios, sendo sucessivamente superadas. A principal dificuldade sentida ao longo dos estágios, foi a necessidade de conciliação da frequência nos estágios, com a minha atividade profissional, bem como com o tempo de trabalho individual que cada estágio exigiu.

No entanto, nesta reta final, considero que estas dificuldades são parte integrante do meu processo de aprendizagem e do meu desenvolvimento pessoal e profissional.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **Aguiar, A., Costa, R., Weirich, C., Bezerra, A..** 2005. *Gerência dos Serviços de Enfermagem: um estudo bibliográfico*. Revista Eletrônica de Enfermagem 7(3). Pág. 319-327.
- **Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.** *Cuidados paliativos, o que são?*. Link obtido a 06/02/2018, consultado em <http://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/o-que-sao.html>
- **Bandeira, R..** 2008. *Ciclo de Estudos em Medicina de Catástrofe no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar*. Porto. Universidade do Porto. Pág.529-541. Link obtido a 21/12/2017, consultado em https://www.uc.pt/fluc/depgeotur/publicacoes/Livros/livro_homenagem_FREbello/529_541
- **Barbosa, A., Neto, I..** Outubro 2006. *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa. 1ª edição. Pág. 17-48; 295-344.
- **Barbosa, A., Neto, I..** 2010. *Manual de cuidados paliativos*. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Lisboa.
- **Benner, P..** 2005. *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder da Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra. Quarteto Editora.
- **Campos, L., Borges, M., e Portugal, R..** 2009. *Governança dos Hospitais*. Alfragide, Portugal. Casa das Letras.
- **Carneiro, M..** 2009. *Motivação dos Enfermeiros: relação com o comportamento do chefe de equipa*. Vila Real. Dissertação apresentada à Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro para obtenção do grau de Mestre. Link obtido a 18/12/2017,

consultado

em

http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/511/1/msc_mefcarneiro.pdf

- **Código Deontológico do Enfermeiro.** Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros republicado como anexo pela Lei n.º156/2015 de 16 de Setembro. Artigo 104º. “Do direito ao cuidado”. *Link* obtido a 10/12/2017, consultado em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>
- **Coelho, P..** 2017. *Os últimos dias...* Disciplina Enfermagem em Fim de Vida, lecionada no âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Universidade Católica Portuguesa. Porto.
- **Costa, A., Costa M..** 2007. *Organização de Recursos Humanos e Materiais em Emergência.* Sinais Vitais. N.º 75. Pág. 61-66.
- **Curtis, E., O’Connell, R...**2011. *Essential leadership skills for motivating and developing staff.* Nursing Management, 18(5), Pág. 32-35.
- **Deodato, S..** 2017. *Direito da Saúde.* Edições Almedina. 2017. 2ª edição, revista e aumentada; pág.204-212.
- **Diário da República n.º63.** *Artigo 39º-Consentimento presumido.* Decreto-Lei n.º48/95. Série I. Parte A, de 15 de Março de 1995. *Link* obtido a 05/02/2018, consultado em http://bdjur.almedina.net/item.php?field=item_id&value=79842.
- **Diário da República n.º57/2014.** *Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde..* Lei n.º 15/2014 de 21 de Março. Secção I. Artigo 12º. *Link* obtido a 16/09/2018, consultado em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/571943/details/maximized>.
- **Diário da República n.º 184/2009.** Decreto-Lei N.º247/2009 de 22 de Setembro. Artigo 10º “Conteúdo funcional da categoria de enfermeiro principal”. *Link* obtido a 16/09/2018, consultado em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/490412/details/maximized>.
- **Direção Geral de Saúde.** 28 de Março 2011. *Organização do material de emergência nos serviços e unidades de saúde.* Orientação n.º 008/2011. *Link* obtido a 06/02/2018, consultado em <file:///C:/Users/Raquel/Downloads/i016167.pdf>
- **Direção Geral de Saúde.** 15 de Dezembro 2015. Norma 019/2015. *Feixe de intervenções de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical.*

- **Elpern, E., Kelleher, A., Oman, K..** Agosto 2016. *Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections in Adults*. *Critical Care Nurse* 36(4). Pág.9-11.
- **Etayo, J..** 2009. *Humanizar el proceso de morir*. Revista Hospitalidade n.º285 (Julho-Setembro). Pág.45-51.
- **Fernandes, J..** Março 2013. *Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Lisboa. Relatório de Estágio apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.
- **Fortunatti, C..** 2014. *Most important needs of family members of critical patients in light of the Critical Care Family Needs Inventory*. *Invest Educ Enferm* 32 (2). Pág.306-316.
- **Frederico, M., Leitão, M..** 1999. *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Coimbra. Sinais Vitais. 1.ª Edição.
- **Freitas, K., Kimura, M., Ferreira, K..** Janeiro-Fevereiro 2007. *Necessidades de Familiares de Pacientes em Unidades de Terapia Intensiva: Análise Comparativa entre Hospital Público e Privado*. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Pág. 15-16.
- **Henneman, E., Cardin, S..** 2002. *Family-Centered Critical Care: A Practical Approach to Making it Happen*. *Critical Care Nurse* 22 (6). Pág.12-19.
- **Inaba, L., Silva, M., Telles, S..** Dezembro 2005. *Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem*. Base de dados SCIELO. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. Vol.39, n.º4.
- **Kimura, M..** 1984. *Problemas dos pacientes de Unidade de Terapia Intensiva: estudo comparativo entre pacientes e enfermeiros*. São Paulo. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Link obtido a 07/02/2018, consultado em file:///C:/Users/Raquel/Downloads/135975-262933-1-PB.pdf
- **Kinrade, T., Jackson, A., Tomnay, J..** 2009. *The psychosocial needs of families during critical illness: comparison of nurses' and family members' perspectives*. *Australian Journal of Advanced Nursing* 27 (1). Pág.82-88.
- **Kron, T., Gray, A..** 1994. *Administração dos Cuidados de Enfermagem ao Paciente: Colocando em Ação as Habilidades de Liderança*. Rio de Janeiro. Interlivros. 6ª Edição.

- **Leske, J..** 2002. *Interventions to Decrease Family Anxiety*. Critical Care Nurse 22 (6). Pág.61-65.
- **Margato, C..** 2010. *Enfermagem: sim...* Coimbra. Sinais Vitais n.º88. pág. 4.
- **Maximiano, A..** 2005. *A teoria geral da administração: da revolução urbana à digital*. São Paulo, Brasil. Atlas, 5ª edição.
- **Meixedo, A..** Abril 2013.. *Cuidados de enfermagem à família do doente em fim de vida*. Relatório de Mestrado em Cuidados Paliativos. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Pág.16-41.
- **Mezzaroba, R., Freitas, V., Kochla, K..** Julho-Setembro 2009. *O Cuidado de Enfermagem ao Paciente Crítico na Perceção da Família*. Revista de Enfermagem Coggitare. Pág.499-505.
- **Ordem dos Enfermeiros.** 2006. *Tomada de posição sobre segurança do cliente*. Link obtido a 06/02/2018, consultado em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_2maio2006.pdf
- **Ordem dos Enfermeiros.** Junho de 2007. *Um novo modelo de desenvolvimento profissional. Certificação de Competências e Individualização de Especialidades em Enfermagem*. Suplemento de Revista. (Nº26). Pág. 9-20. Link obtido a 15/01/2018, consultado em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_26_Junho_2007_suplemento.pdf
- **Ordem dos Enfermeiros.** 2008. *Dor, Guia Orientador de Boa Prática*. Série I. N.º1. Anexo IV: Intervenções Não-farmacológicas; pág.49-50. Link obtido a 05/02/2018, consultado em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf>.
- **Ordem dos Enfermeiros.** Novembro de 2010. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*.
- **Ordem dos Enfermeiros.** 2011. *O Enfermeiro na Vanguarda do Controlo de Infecção*. Link obtido a 05/02/2018, consultado em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoeres/artigospublicadoimpressalocal/Pagina/s/OsEnfermeiroseOControlodaInfec%C3%A7%C3%A3o.aspx>.

- **Ordem dos Enfermeiros.** 18 de Fevereiro de 2011. *Regulamento n.º 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série, n.º35.* Link obtido a 10/12/2017, consultado em <http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>
- **Ordem dos Enfermeiros.** Agosto de 2012. *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.*
- **Ordem dos Enfermeiros.** 2015. *Deontologia Profissional de Enfermagem.* Link obtido a 10/12/2017, consultado em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf
- **Ordem dos Enfermeiros.** 2016. *Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica. Parecer n.º 06/2016.* Link obtido a 10/12/2017, consultado em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_06_13_12_2016_MCEEMC_Valorizacao%20CuidadosEnfEspPessoaSituacaoCritica.pdf
- **Osswald, W..** 2004. *Um fio de Ética: exercícios e reflexões.* Gráfica de Coimbra, 2ª Edição. Coimbra.
- **Paiva, A..** 2012. *Cuidados ao doente em agonia.* Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Cuidados Paliativos. Link obtido a 07/02/2018, consultado em https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16684/1/Cuidados%20ao%20doente%20em%20agonia_Ana%20Paiva_Junho%20de%202012.pdf
- **Phaneuf, M..** 2004. *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e validação.* Lusociência, 1ª Edição. Loures.
- **Phipps, W., Sands, J., Marek, J..** 2003. *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica.* Loures. Lusociência. 6ª Edição.
- **Pontes, B., Mendonça, C., Ornelas, G., Nunes, M..** 2008. *Competências dos Enfermeiros que exercem funções nos Serviços de Urgência da RAM.* Pós graduação em urgência e emergência hospitalar. Universidade Atlântica. Link obtido a 21/12/2017, consultado em <http://www.citma.pt/Uploads/Madalena%20Nunes.pdf>
- **Rocha, M..** 2004. *Gestor de Cuidados.* Nursing. N.º 185. Pág.6-11.

- **Rodrigues, G., Zago, M..** 2003. *Enfermagem em cuidados paliativos*. O Mundo da Saúde 27 (1). Pág.89-92.
- **Sapeta, P., Lopes, M..** 2007. *Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente*. Referência. 2ª Série, nº4.
- **Serrano, A., Capelas, M..** Julho 2017. *Intervenções Paliativas realizadas pelos enfermeiros num Serviço de Urgência aos utentes com doença crónica, incurável e progressiva*. Revista de Cuidados Paliativos. Vol.4. N.º1.Pág.39-49.
- **Serviço Nacional de Saúde.** 2017. *Missão, Valores e Objetivos*. Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho. Link obtido a 10/11/2017, consultado em <http://www.chvng.pt/index.php/chvng/missao-valores-e-objetivos>
- **Silva, A..** 2008. *Prática Baseada na Evidência: Investindo na Qualidade em Enfermagem*. Sinais Vitais n.º79. Pág. 37-43.
- **Soares, N., Agnol, C..** 2011. *Privacidade dos pacientes – uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem*. Acta Paul Enferm 24 (5). Pág.683-691.
- **Veiga, A., Barros, C., Couto, P., Vieira, P..** Julho 2009. *Pessoa em fase final de vida: que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência?*. Revista Referência. Série II, n.º10. Pág.47-56. Link obtido a 10/12/2017, consultado em <http://www.index-f.com/referencia/2009pdf/10-4756.pdf>
- **Vieira, E..** Setembro 2014. *As estratégias de comunicação no cuidado à pessoa em situação crítica*. Relatório de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Repositório da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa. Pág.17-18. Link obtido a 10/12/2017, consultado em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16387/1/AS%20ESTRAT%C3%89GIAS%20DE%20COMUNICA%C3%87%C3%83O%20NO%20CUIDADO%20C3%80%20PESSOA%20EM%20SITUA%C3%87%C3%83O%20CR%C3%8DTICA.pdf>
- **Vieira, M..** 2009. *Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência*. Lisboa. Ed. Universidade Católica Portuguesa.
- **Vilaça, R., Terroso, G., Coelho, S..** Julho 2017. *Demência avançada em serviços de urgência: Barreiras à referência para cuidados paliativos*. Revista de Cuidados Paliativos. Vol.4. N.º1.Pág.108-109.
- **Wright, L., Leahey, M..** 2002. *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. São Paulo, Roca. 3ª Edição.

5. APÊNDICE

